

THÈSE
POUR LE 670
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

FERVAL (Eugène, Henri)

Né le 24 Août 1904, à Charleville (Ardennes).

CONTRIBUTION
À L'
HISTOIRE DU PALUDISME
DANS LA
RÉGION PARISIENNE

Président : M. SERGENT, Professeur.

070

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

FERVAL (Eugène, Henri)

Né le 24 Août 1904, à Charleville (Ardennes).

CONTRIBUTION

A L'

HISTOIRE DU PALUDISME

DANS LA

RÉGION PARISIENNE

Président : M. SERGENT, Professeur.



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. Roussy.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET

Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LÈREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOIGNOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) .. Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN.. .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neuro-psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTÉ Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BROCCQ.	Clinique chirurgicale. (suite)
ALAJOUANINE .		JADENAT	
AUBERTIN		GATELLIER ...	
BRULE		HEITZ-BOYER..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT. ...		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
LIAN	Clinique chirurgicale.	VELTER	
PASTEUR - VAL-			
LERY-RADOT .		GUÉNIOT.	
SÉZARY.		LE LORIER....	Clinique obstétricale.
		LEVY-SOLAL ..	
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

Témoignage de ma profonde affection.

A MON PERE

LE DOCTEUR ANDRÉ FERVAL

*qui m'a fait comprendre les beautés de la
Médecine, témoignage de ma reconnaissance et
de mon affection.*

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

Professeur de Clinique propédeutique,

Médecin de l'Hôpital Broussais,

Membre de l'Académie de Médecine.

qui nous fait le grand honneur de présider cette thèse. Après avoir dirigé nos premiers pas dans les Hôpitaux, il nous a, de nouveau, au cours de notre dernière année d'Externat, prodigué son admirable enseignement. Nous ayant inspiré le sujet de cette thèse, il vient de fermer le cycle de nos études qu'il avait ouvert.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre profonde gratitude et de notre respectueux dévouement.

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MAUCLAIRE
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Président de la Société d'Histoire de la Médecine.

*qui n'a cessé de nous témoigner son amitié et
sa sollicitude, qui nous a fait bénéficier de son
enseignement et nous a guidé dans nos recherches.*

*Respectueux hommage de notre profonde reconnaissance
et de notre fidèle attachement.*

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR OLIVIER

qui nous a si largement ouvert les portes de son laboratoire et nous a fait bénéficier de son enseignement, qui nous a prodigué au cours de nos études les plus précieux conseils et nous a fourni pour ce travail d'utiles renseignements.

Hommage respectueux de notre bien sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN
Professeur de Clinique Obstétricale.
Accoucheur de l'Hôpital de la Pitié.

*à qui nous devons la meilleure part de notre
éducation obstétricale.
Hommage de notre respectueux dévouement.*

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER
Professeur de Thérapeutique à la Faculté.
Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

Témoignage de notre respectueux attachement.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN
Professeur de Clinique Ophtalmologique.
Ophtalmologiste de l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu.

*Respectueux hommage de notre bien vive
reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FREDET
Chirurgien des Hôpitaux.

*Affectueux témoignage de notre très profonde
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR OBERLIN
Chirurgien des Hôpitaux.

Témoignage de notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR KOURILSKY
Médecin des Hôpitaux.

*qui nous a honoré de son amitié, nous a guidé
de ses conseils et nous a aidé dans l'accomplis-
sment de ce travail.*

Hommage de notre bien sincère attachement.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR Pierre DELBET
MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL-HALLE
MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE
MONSIEUR LE DOCTEUR LERI (*in mémoriam*)
MONSIEUR LE DOCTEUR LESNE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND
MONSIEUR LE DOCTEUR HERSCHER
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER
MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR BRECHOT
MONSIEUR LE DOCTEUR METZGER
MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN
MONSIEUR LE DOCTEUR HERSCHER
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN
MONSIEUR LE DOCTEUR RIBADEAU-DUMAS
MONSIEUR LE DOCTEUR FREDET
MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER
MONSIEUR LE DOCTEUR BOPPE

INTRODUCTION

Le paludisme, autrefois relativement fréquent en France et dans la région parisienne, avait, depuis Laveran, sensiblement rétrocedé. Vers 1910, il était à peu près passé dans l'oubli. La guerre de 1914-1918 vit éclore de nombreux cas, tant importés qu'autochtones et parmi ces derniers on en vit aussi bien sur le front français qu'à l'intérieur. Heureusement, les précautions prises dès 1918 entraînent une diminution rapide du paludisme qui disparut vers 1920-21. M. le Professeur Dopter publia, à ce moment, un article documenté où il rapportait la plupart des cas survenus depuis le début des hostilités et on n'en parla plus guère par la suite. Mais, vers 1925, on commençait à traiter la paralysie générale par l'impaludation. Les transfusions dont la technique avait été mise au point devenaient de plus en plus fréquentes, les voyages de plus en plus aisés et rapides et les causes de contagion ou de transmission de paludisme se multipliaient.

On vit alors de nombreuses publications ou articles, et des conférences furent faites sur le sujet : la question était à l'ordre du jour.

En mars 1932, nous assistions, dans le service de notre maître, M. Louis Ramond, à une très belle conférence sur le paludisme en France. Il y relatait trois cas de paludisme importé, et surtout attirait l'attention des médecins sur la fréquence relative de ce genre de paludisme.

En mars 1933, nous entendions une leçon de notre Maître, M. le Professeur Lemierre « sur quelques cas de paludisme primaire observés dans la région parisienne ». Après avoir fait un historique rapide du paludisme à Paris, il attirait également l'attention sur les cas importés.

En mars 1934, dans le service de notre Maître, M. le Professeur Harvier, nous avions l'occasion de voir une jeune lèpreuse de 20 ans, très anémiée, avec une grosse rate et qui se mit à faire de brusques accès répétés de température à 40° ? On songea à une association de paludisme et de lèpre, mais la recherche de l'hématozoaire ne donna aucun résultat. Monsieur le Professeur Harvier nous causait alors du paludisme et, quelques jours plus tard, il devait rapporter à la Société

Médicale des Hôpitaux un cas de paludisme transfusionnel qu'il avait observé en 1931.

En juin 1934, nous assistions dans le service de notre maître, Monsieur le Professeur Sergent, à une conférence de M. Abrami, sur « les influences saisonnières et climatiques » dans les maladies infectieuses » et tout spécialement dans le paludisme.

En octobre de la même année, entré dans le service un malade qui avait fait du paludisme pendant la guerre, paludisme rapidement guéri, au moins en apparence, et qui, à la suite d'un voyage de quelques jours en Algérie, s'était remis à faire des accès. M. Kourilsky fit alors aux jeunes stagiaires une conférence sur le paludisme.

En janvier 1935, nous observions toujours dans le service de M. le Professeur Sergent, un nouveau cas de paludisme, réveil ou récurrence. Dans l'interrogatoire de nos malades, nous relevâmes un certain nombre d'anciens paludéens. C'est alors que M. le Professeur Sergent nous suggéra, ainsi que M. Kourilsky, d'étudier le paludisme dans la région parisienne.

Le paludisme en France est bien connu. Il est paru sur ce sujet de nombreux articles, plusieurs thèses, ont été soutenues sur son évolution dans telle ou telle région de France et, en 1925, M. Gallais rassemblait, dans sa thèse, ces travaux épars, exposant l'histoire du paludisme dans toutes les régions de notre pays. Dans cette thèse, on ne trouve que quelques mots sur le paludisme dans la région parisienne.

La région parisienne a semblé, en effet, avoir toujours été relativement épargnée par le paludisme. Mais elle bénéficie incontestablement d'un préjugé favorable, et certains médecins prétendent même que son apparition est impossible à Paris en tant que maladie autochtone car, disent-ils, on n'y trouve point d'anophèles. Cette opinion a été vivement combattue par M. Roubaud, comme par les frères Sergent, et la présence de ce moustique dans les murs de la capitale a été prouvée. Il n'y serait même pas tellement rare dans certains quartiers. Il ne faut donc pas que le praticien oublie la possibilité du paludisme à Paris et dans ses environs ou qu'il ne retienne que la possibilité du paludisme d'importation. Il y a et il y a eu du paludisme autochtone aussi bien que du paludisme importé. Certes, la malaria-thérapie n'est guère pratiquée que dans les centres spéciaux, la transfusion sanguine est réservée aux centres suffisamment outillés et bien des médecins n'ont pas à se soucier de leur technique. Quant au paludisme congénital il n'a, comme les deux formes précédentes, aucun caractère local. C'est donc vers le paludisme autochtone que devaient se porter tout naturellement nos recherches.

Malgré ce que nous venons de dire sur la vraisemblance du paludisme autochtone, nous fûmes étonnés de ne trouver, au début, que des cas, très rares d'ailleurs, de paludisme survenu au voisinage des asiles où l'on traitait les paralytiques généraux par l'impaludation ; et l'opinion des médecins prétendant qu'il n'y avait pas de paludisme dans cette région sembla tout d'abord devoir prévaloir. Mais nous parvînmes à en découvrir quelques cas autochtones ; nous trouvâmes même un foyer de paludisme aux portes de Paris, chose sérieuse, étant donné la multiplicité actuelle des modes de contamination.

Devant cette rareté relative du paludisme autochtone, nous eûmes l'idée de rechercher dans l'histoire ce qu'avait pu être ce paludisme parisien, quelle avait été son évolution au cours des siècles, quels moyens avaient été employés pour le combattre, ce qui devait permettre d'envisager sa prophylaxie actuelle à la lumière des enseignements du passé.

C'était là un sujet d'un vif intérêt, surtout lorsque l'on considère que le paludisme a été en relations étroites avec les grands événements et les grandes périodes de l'histoire de France et de celle de la région parisienne. Nous aurions aimé apporter des précisions sur la question depuis l'occupation romaine. Malheureusement, nous nous sommes heurtés à de nombreuses difficultés. Nous n'avons pu recueillir qu'un très petit nombre de renseignements, et il nous aurait fallu, pour mener à bien cette tâche, faire de nombreux déplacements et aller souvent consulter des archives locales, ce qui nous a été absolument impossible. Nous en sommes réduits à exposer le résultat actuel de nos recherches ; nous espérons les poursuivre et pouvoir reprendre ultérieurement cette question dans un travail plus important.

Mais nous ne voudrions pas aborder notre sujet sans adresser nos bien sincères remerciements à notre maître, M. le Professeur Sergent, qui nous a inspiré l'idée de ce travail, à M. le Professeur Mauclair et à M. le Professeur Olivier qui nous ont fourni de précieuses indications, à MM. les Professeurs Le Bourdellès et Tanon, à M. Kourilsky qui nous a grandement aidé dans ce travail, à M. Joltrain, à qui nous devons un cas de paludisme autochtone et un cas de paludisme transfusionnel, à M. Fougerat qui nous a communiqué plusieurs cas de paludisme autochtone aux environs de Paris, à M. Hahn, le distingué bibliothécaire de la Faculté de Médecine de Paris qui nous a guidé dans nos recherches, à M. Gentil, enfin, qui nous a permis de consulter librement les documents de l'Académie de Médecine.

LA REGION PARISIENNE

« C'est du sol que surgit la fièvre. »

(COLIN.)

Les anciens auteurs attribuaient au sol une grande influence dans l'apparition et l'évolution des fièvres intermittentes. Au siècle dernier, Léon Colin s'était fait le défenseur de cette opinion et avait même proposé de leur donner le nom de fièvres telluriques. La découverte de l'hématozoaire par Laveran amenait une révolution complète des idées. Cependant, Laveran lui-même soupçonnait l'influence des moustiques dans la propagation de la maladie et la découverte ou mieux la démonstration de leur rôle dans le cycle de l'hématozoaire montra l'importance des flaques d'eau, des mares, des étangs, et l'on vit que le sol n'était pas sans intérêt dans le développement du paludisme.

Pour bien comprendre l'histoire du paludisme dans la région parisienne il n'est pas inutile de s'arrêter un peu sur les caractères de cette région. Mais il faudrait d'abord la définir, car elle est environnée de régions où le paludisme règne à l'état endémique. On en voit ainsi dans les Flandres, dans la vallée de la Somme, en Sologne, dans la Puisaye, dans l'Yonne, dans l'Argonne, et dans l'Aisne.

Qu'entend-on exactement par région parisienne ? Les géographes eux-mêmes ne sont pas toujours d'accord à ce sujet. Faudrait-il considérer que c'est l'ensemble du Bassin parisien ? Mais il va du Morvan à la Bretagne, et de Boulogne à Poitiers. Faudrait-il alors considérer que c'est seulement cette région que l'on appelle le Parisis ? Certainement non, car le Parisis s'étend seulement au Nord de Paris, jusqu'aux collines de Luzarches et de Dammartin. Considérer seulement la banlieue parisienne serait vraiment donner à la région parisienne un cadre trop restreint. Nous définirons, avec la plupart des géographes, comme étant la région parisienne, la région centrale du Bassin parisien, plateau tertiaire, et, seulement, la partie de ce plateau, située au Nord de la Loire.

Ainsi défini, le Bassin parisien est limité à l'Est par la falaise de l'Île de France qui s'étend de l'Oise à la Seine, de la Fère à Monttereau, en passant par Laon, Reims, Epernay, Sézanne, Villenauxe et Provins. Au Sud de cette falaise, elle est limitée par l'Yonne de Monttereau à Joigny, par son affluent le Tholon, puis, laissant en dehors d'elle la Puisaye, elle s'arrête à l'Ouanne, affluent du Loing, qu'elle longe de Toucy à Saint-Martin-sur-Ouanne et enfin atteint la Loire à Briare, après avoir coupé le Loing à Bogny.

Au Sud, elle est limitée par la Loire de Briare à Gien, puis par la forêt d'Orléans, et de nouveau par la Loire jusqu'à Blois.

A l'Ouest, entre la Loire et le Loir, sa limite suit une ligne droite de Blois à Vendôme ; puis elle longe la bordure Ouest de la forêt de Freteval jusqu'à Chateaudun, de Chateaudun suit une ligne sinueuse passant par Brou et rejoignant le Loir à Illiers, se dirige au Nord, coupant l'Eure à Courville, jusqu'à Chateauneuf-en-Thimerais, rejoint l'Eure à Nogent-le-Roy et la longe, en passant par Dreux et Pacy-sur-Eure, jusqu'à son confluent dans la Seine.

Au Nord, la région parisienne est limitée par la Seine entre les confluent de l'Eure et de l'Epte avec la Seine ; puis sa limite longe l'Epte jusqu'à Gournay et redescend vers l'Oise en suivant le cours du Thérain. Elle remonte alors le cours de l'Oise jusqu'à La Fère, passant par Creil, Noyon, Chauny.

Ainsi limitée, la région parisienne comprend au Sud de la Seine la Beauce, le Gâtinais, et le Hurepoix, au Nord, entre la Seine et la Marne, la Brie ; puis, entre la Marne et l'Oise, le Soissonnais, le Tardenois, le Valois et le Parisien. Enfin, à l'Ouest de l'Oise, entre la Seine, l'Epte et le Thérain, le Vexin français.

*
**

Toutes ces régions sont-elles également propices au développement du paludisme ? Evidemment non.

La Beauce est une région sèche qui repose sur des grès perméables, et il faut creuser le sol parfois jusqu'à 500 mètres pour trouver de l'eau et forer un puits. Les habitants se groupent en villages autour des puits. Le sol couvert de limon est très fertile, mais il n'y a pas de forêts et la sécheresse de cette région est grande. Limitée au Nord par une ligne qui coupe Nogent-le-Roy, Maintenon, Rambouillet, Dourdan, Etampes et Malesherbes, à l'Est par l'Essonne et son affluent la Renarde, cette région est exempte de paludisme dans sa partie centrale et on en trouve seulement dans la périphérie. Nous décrirons ainsi des épidémies à Pithiviers et à Morée, et, la Conie, petit affluent du Loir, est même réputée par son insalubrité. Nous trouvons à son

sujet dans une Monographie agricole d'Eure-et-Loir de Roussille, parue en 1900, ces quelques lignes :

« Nous sommes là en Beauce pouilleuse, où l'on rencontre les pentes « stériles et incultivables de la Conie, marais invraisemblable, couvert « de roseaux superbes, hauts de 2^m50, rigides, servant à couvrir les « habitations, au milieu desquels apparaît tous les 15 ou 20 ans un « pauvre petit ruisseau d'eau saumâtre, *père de fièvres paludéennes*, et « qui disparaît après 4 ou 5 années d'un cours problématique et languissant. » (P. 12.)

En novembre 1916, M. Paul Rousseau, qui y signalait un petit foyer de paludisme, disait de même à son sujet : « La Conie est une rivière « intermittente car sa source tarit tous les 17 à 20 ans. Elle naît dans « la région de Viabon, aux déclivités Sud du plateau beauceron, et, « après un parcours sinueux de 30 kilomètres environ à direction « Sud-Ouest, se jette dans le Loir. Dans le premier tiers de son cours « son lit est mal défini et se jalonne plutôt de tourbières et de marécages. On rencontre, dans les régions qu'elle traverse, des vestiges « de canalisations datant de l'occupation romaine ; l'insalubrité de « la contrée était donc déjà connue dès les temps les plus reculés. »

« De mémoire d'homme il est acquis que les fièvres palustres sévissent dans cette région, les épidémies coïncidant avec la stagnation « des eaux. »

Et, plus loin, il ajoute : « J'ai visité les bords de ce cours d'eau et « m'arrêtais à Ormoy, petit village riverain. La rivière y est un vaste « et infect cloaque. La canalisation n'existe plus, la vase est montée « au-dessus des bords et a enlisé, au tiers de leur hauteur, les troncs « des aulnes du bord de l'eau.

« A droite du pont, c'est une vision de marécages congolais. Il y a « une forêt de jones qui atteignent trois mètres de hauteur au moins.

« J'ai pu y recueillir des échantillons de l'*Anopheles Maculipennis*. »

Dans le Vexin français, nous trouvons également des zones humides et M. Gallois, dans son étude sur la région parisienne (1908) dit à ce sujet : « Il y a là une première zone très humide, en partie marécageuse, que draine la petite rivière de la Troesne, affluent de « l'Epte. » Conditions favorables au développement du paludisme.

La Brie est une région humide, très riche, parsemée de forêts et d'étangs, ce qui s'explique par son sous-sol argileux imperméable.

M. Gallois dit encore à son sujet : « ... L'eau est partout dans le « sous-sol. Le moindre trou creusé pour en tirer la meulière se transforme bientôt en une mare. Les meilleures terres ont presque tou-

« jours besoin d'être drainées et les forêts après les pluies, se changent parfois en marécage. » (P. 137.)

L'humidité est encore plus marquée dans la forêt de Vassy située au Nord-Ouest de la région entre la Marne et le Surmelin.

« C'est là », dit M. Gallois « la partie la plus boisée et la plus humide du plateau ; presque toute l'étendue de pays située entre la Marne et le Surmelin n'est qu'une forêt coupée de mares. »

Ne sont-ce pas là des conditions bien propices au développement des fièvres paludéennes ?

Le Gâtinais, qui s'étend à l'Est de l'Essonne et au Sud de la Forêt de Fontainebleau, est une région encore plus humide. Dans sa partie occidentale, à l'Ouest du Loing on trouve déjà de nombreux étangs, et la petite vallée du Fusain et de ses affluents est tout à fait typique à cet égard. « Il y avait là autrefois — dit M. Gallois — de grands marais recevant les eaux des ruisseaux qui se forment autour de Beaumont et de Beaune et plus au Sud à la lisière de la forêt d'Orléans. C'étaient les marais de Sceaux et de Bordeaux dont les eaux s'écoulaient vers le Loing par la vallée du Fusain ». Ils ont été « en partie desséchés à la fin du dix-septième siècle. » (P. 102.)

Il dit encore : « C'est également l'aspect de la vallée du Loing depuis Moret, depuis Nemours surtout, jusqu'au delà de Montargis et même de Chatillon-Coligny, type de vallée trop large à fond humide, entre des berges généralement sèches, où la rivière serpente, encombrée de roseaux et de nénuphars, dans la forte odeur des plantes de marais. »

A l'Est de la vallée du Loing, c'est le Gâtinais oriental « région imperméable où les mares et les étangs ne sont pas rares » (Gallois, p. 103), qui se continue sans démarcation bien nette avec la Puisaye, région d'endémie palustre que nous avons exclue de la région parisienne.

Le Gâtinais est donc une région essentiellement favorable au développement des fièvres telluriques et nous verrons plus loin qu'il régnait autrefois en permanence à Chatillon-sur-Loing.

Plus près de Paris, le Hurepoix, qui s'étend au Nord de la Beauce entre les forêts de Fontainebleau et de Rambouillet, est une région vallonnée, boisée et humide également très favorable au développement du paludisme. Les vallées de l'Essonne, de l'Orge, de l'Yvette et de la Bièvre ont toujours été considérées comme foyers possibles. Tout autour de Paris d'ailleurs, dans ce département de Seine-et-Oise où abondent les étangs, nous voyons, en jetant un coup d'œil sur notre carte, que le paludisme s'est développé un peu partout.

Mais, nous dira-t-on, il ne suffit pas que les conditions de terrain soient favorables, qu'il y ait de l'humidité, des marais, des étangs, pour voir du paludisme, il faut des anophèles. Malgré les doutes de certains médecins, ils ont été trouvés tout autour de Paris.

Les frères Sergent qui ont étudié particulièrement cette question avaient, dès 1902, dans un article paru alors dans les Annales de l'Institut Pasteur, signalé leur présence, en particulier dans les environs de Malesherbes où ils étaient très nombreux. Pignol, en 1931, signalait leur présence dans les environs de Corbeil, au confluent de l'Essonne.

Pendant la guerre, ils ont été trouvés sur le front français, dans les environs de Coucy, au Sud de la Forêt de Saint-Gobain, par Grysez et Pierret, qui, sur 298 moustiques qu'ils ont examinés, ont identifié 33 anophélins susceptibles de transmettre le paludisme, soit 12 %. Tanon en a également trouvé sur le front de la 5^e armée, dans la région d'Hermonville-Cormicy, aux environs de Cauroy, et dans la vallée de la Vesle.

Dans la banlieue parisienne, il a été également trouvé par Roubaud, à Versailles, sur la pièce d'eau des Suisses, et dans le bois de Meudon (Académie des Sciences, septembre 1917). Langeron en a trouvé peu après, à Bourg-la-Reine, un exemplaire « sur la main d'une « personne qu'il était en train de piquer ». Il s'agissait d'un *anopheles nigripes* et Langeron ajoute : « Cet animal ne doit pas être rare, mais, « comme il est très petit et très agile, il échappe facilement aux « recherches. »

A Paris même, il a été successivement trouvé par Grandidier et Neveu-Lemaire au laboratoire colonial du Muséum (1908) puis par Guiart dans une maison de la rue Mozart (Blanchard), et M. Roubaud en capturait, en avril 1916, dans un des laboratoires de l'Institut Pasteur.

Dans son livre sur le paludisme (1926), M. Marchoux nous signale « qu'au moment où furent rapatriés les paludéens de Macédoine, « une commission fut chargée de rechercher, sur notre terri- « toire, les régions où se rencontraient des Anophèles, pour éviter d'y « porter des malades. Cette commission entreprit d'établir une carte « entomologique de la France, au seul point de vue des Anophèles. « Mais elle ne tarda guère à abandonner cette ambition, car la carte « n'eut pas différé d'une carte générale. »

M. Roubaud dit, en effet (septembre 1917) : « Sur le territoire fran- « çais... on peut affirmer leur existence constante partout où l'on « prend soin de les rechercher systématiquement. »

Ce n'est donc, en réalité, qu'une question de densité en anophèles.

Nous avons vu, que la région parisienne était favorable à l'éclosion du paludisme, que le terrain était propice, et qu'il y avait des anophèles ; voyons maintenant ce qu'a été sur ce terrain, à travers les siècles, la lutte entre l'homme et le moustique agent de transmission du paludisme.

HISTOIRE DU PALUDISME

Les grandes étapes de l'histoire du paludisme vont nous permettre de mieux comprendre son histoire dans la région parisienne.

Le paludisme doit son nom à Laveran. Autrefois, il était connu surtout sous le nom de fièvres intermittentes. Les Latins l'appelaient *querquercia*, mais il était bien connu depuis Hippocrate, au moins en ce qui concerne son allure clinique. Les dénominations de fièvre tierce ou de fièvre quarte qui étaient parfois employées ne laissent aucun doute à cet égard. Celse, le premier, en donna une description clinique. Ultérieurement Apulée, Aulu-Gelle, Plaute et Lucilius étudièrent cette maladie. Au moyen âge et jusqu'à la fin du seizième siècle, on peut lire les excellentes descriptions cliniques d'Alexandre de Tralles, Avicenne, Morton, Hérédia, Mercatus et Alibert.

C'est en 1712 que Torti publia dans son « *thérapeutique spécialis ad febres perniciosas...* », ses recherches sur le traitement du paludisme par le quinquina. L'action du quinquina était d'ailleurs connue depuis bien longtemps en Chine et aux Indes, et Louis XIV, malade, avait acheté, en 1676, à un anglais Talbot, ce remède qui guérissait la fièvre, et en avait fait publier la formule. A la suite des travaux de Torti, les fièvres s'étaient trouvées classées en fièvres sensibles au quinquina et en fièvres résistantes à ce médicament. Il y avait là un gros progrès, car le quinquina étant sensiblement spécifique du paludisme, son diagnostic devenait dès lors beaucoup plus aisé.

En 1820, Pelletier et Caventou isolaient du quinquina, le sulfate de quinine. La thérapeutique du paludisme devenait plus efficace et, en même temps, les facilités de diagnostic étaient accrues.

La description clinique du paludisme fut reprise et précisée par Maillot, lors de la conquête de l'Algérie en 1830, et il publia le résultat de ses travaux dans son traité des fièvres intermittentes de 1836. Cependant, jusqu'à cette époque, le thermomètre n'existant pas, il était bien difficile de suivre de près l'évolution des accès.

C'est Wunderlich, en 1865, et Gavarret, en 1885, qui publièrent les premières mesures précises de la température et l'on voit effectivement en France, dès 1865, dans les traités, des descriptions cliniques

accompagnées de mesures thermiques. Le progrès était énorme, mais ce n'était encore rien, car on ignorait le germe de la maladie, seul moyen de poser un diagnostic sûr et d'organiser efficacement la prophylaxie.

C'est en 1880 que Laveran découvrit l'hématozoaire du paludisme. Cette découverte devait permettre un diagnostic de certitude. Les formes frustes qui étaient jusqu'alors presque méconnues allaient pouvoir être diagnostiquées et l'on pouvait éliminer les multiples accès fébriles qui n'étaient pas dûs à l'hématozoaire et qui survenaient au cours des septicémies ou des autres maladies infectieuses. Mais on ignorait encore par quel moyen l'hématozoaire était transmis d'homme à homme. Laveran soupçonnait le moustique d'en être responsable et voyait quelle pouvait être l'influence des eaux stagnantes. C'est seulement en 1897 que Ross démontra le rôle de l'anophèle en précisant le cycle évolutif du plasmodium.

*
**

Nous envisagerons l'histoire du paludisme dans la région parisienne :

1° Jusqu'à la fin du dix-huitième siècle, époque où les renseignements précis sont assez rares ;

2° Au cours du dix-neuvième siècle jusqu'à la découverte de Laveran, période sur laquelle nous avons pu rassembler un certain nombre de documents ;

3° De 1880 à 1914, période où nous voyons décroître rapidement le paludisme ;

4° Au cours de la guerre 1914-1918, enfin ;

5° Depuis la guerre.

LE PALUDISME DANS LA REGION PARISIENNE JUSQU'A LA FIN DU XVIII^e SIECLE

« *Le paludisme reculant devant la civilisation a toujours suivi les invasions barbares.* »

(DOPTER.)

Comme nous venons de le dire, il est extrêmement difficile d'avoir des renseignements sur cette période. Tout d'abord, jusqu'à la fin du quinzième siècle, l'imprimerie n'existe pas ; il n'y a donc que les manuscrits et l'on écrit peu sur la question, au moins pour une région aussi limitée. Il est d'autre part très difficile de remonter aux sources. C'est donc à la lumière de l'histoire de France, que nous essaierons de nous faire une idée de ce que fut le paludisme à cette époque. Puis nous étudierons les quelques cas sur lesquels nous avons des indications un peu plus sûres. Enfin, nous exposerons les faits précis que nous avons pu recueillir.

*
**

La Gaule ancienne était un pays couvert d'immenses forêts et la région parisienne ne faisait pas exception, sauf peut-être la Beauce. Seuls, les fleuves étaient quelque peu dégagés, mais leurs cours, il est vrai, n'étaient nullement réglés, et l'on trouvait le long de leurs rives de vastes marécages. Parfois des régions entières étaient recouvertes par les mares ou les étangs. On en trouvait encore à l'époque romaine et nous lisons à ce point de vue dans César, un passage très instructif sur la campagne de Lutèce.

« ... Labienus ... cum quattuor legionibus Luteiam proficiscitur ...
« Cujus adventu ab hostibus cognito ... Summa imperii traditur Ca-
« mulogeno Aulerco, qui ... propter singularem scientiam rei militaris

« *ad eum est honorem vocatus. Is cum animadvertisset perpetuam esse paludem, quae influeret in Sequanam atque illum omnem locum magnopere inpediret, hic consedit nostrosque transitu prohibere instituit.*

« *Labienus primo vineas agere, cratibus atque aggere paludem explere atque iter munire conabatur. Postquam id difficilius con- fieri animadvertit, silentio e castris tertia vigilia egressus eodem quo venerat itinere Metlosedum pervenit.* » (Livre VII, § LVII et LVIII.)

Nous voyons donc, dans ce passage, que Camulogène, homme de guerre avisé, avait cherché à attirer Labienus dans les vastes marais qui s'étendaient, sur la rive gauche de la Seine, entre Melun et Lutèce, et à les y maintenir en leur interdisant la traversée du fleuve. Ce n'est pas parce que le terrain était peu propice à la manœuvre que Labienus avait cherché à le faire combler, car il lui aurait été plus facile de se diriger d'un autre côté ; c'est vraisemblablement parce qu'il considérait cette région comme étant malsaine qu'il avait voulu assécher ces marais ; mais le travail était trop important, ce qui prouve l'étendue des eaux, et Labienus préféra retourner à Melun, d'où il était venu, pour descendre le cours de la Seine par bateau et surprendre Lutèce de nuit.

Nous avons noté plus haut que, dans la Beauce, la Conie était déjà malsaine et que les romains avaient cherché à canaliser la rivière. Ils firent, d'ailleurs, pendant les cinq siècles que dura leur domination de nombreux travaux, des défrichements, des routes, des acqueducs et les ruines de l'aqueduc de Villejuif, aux portes de Paris, en sont un témoignage. Il n'est pas douteux que ces travaux n'aient été propices au développement des fièvres telluriques.

Vers la fin du cinquième siècle, ce furent les invasions barbares. En 451, Attila se jetait sur la France parce que l'Empereur avait refusé de lui payer le tribut, ravageait tout sur son passage et, s'il épargnait Paris, c'est grâce à la résistance de Sainte Geneviève. Après avoir mis le siège devant Orléans, il remontait, poursuivi par les légions romaines, jusque dans les plaines de Champagne où il était battu aux Champs Catalauniques, entre Sens et Troyes. Il avait donc entièrement parcouru et ravagé la région parisienne et la misère ainsi causée par ces déplacements d'hommes n'avait pas été sans favoriser le développement de la malaria.

En 486 apparaissent les Mérovingiens. Clovis est vainqueur à Soissons ; on se bat donc dans la région parisienne. Il prend le pouvoir en Gaule, mais son règne ne devait durer que jusqu'en 511. Ce fut une période de prospérité relativement aux années qui suivirent. En

effet, après la mort de Clovis, ses fils se battirent et l'on ne trouve guère que deux courtes périodes de tranquillité, l'une sous Clotaire I^{er}, de 558 à 561, l'autre sous Clotaire II et Dagobert, de 613 à 638. Toutes les améliorations apportées par la domination romaine avaient disparu et le pays était retourné en partie à son état primitif.

En 719, un fait extrêmement important se produit. Les Arabes envahissent la France. Ils vont la sillonner pendant treize ans, parcourant en tous sens la vallée du Rhône et le Bassin Aquitain. Ils devaient être expulsés seulement en 732, après leur défaite à Poitiers. Il est absolument certain que la présence de ces hommes exotiques à quelques centaines de kilomètres de la région parisienne a fait éclore de nombreux cas de paludisme, et l'opinion de M. Blanchard, qui disait en mai 1917 à l'Académie de Médecine, en parlant de la dernière guerre, qu'« à aucune époque il n'y eut dans notre pays un tel apport de paludisme », est certainement en défaut. En effet, Poitiers n'est guère à plus de 200 kilomètres de Paris, ce qui représente deux ou trois jours pour un cavalier, et bien des hommes durent contracter au cours de la lutte le paludisme pour le rapporter et le transmettre dans les environs de Paris à leur retour, surtout à une époque où l'on ne connaissait pas de traitement spécifique.

Du début du huitième siècle à la fin du dixième, c'est le règne des Carolingiens. Après Pépin le Bref vint Charlemagne qui, de 771 à 814, fit d'énormes travaux refaisant les routes, assainissant le pays et créant une ère de prospérité, heureuse pour la lutte contre le paludisme.

Les guerres de Charlemagne n'eurent aucun retentissement néfaste sur l'histoire intérieure du pays. Malheureusement après sa mort, les troubles recommencèrent. Ses fils consacrèrent la division de l'Empire par le Traité de Verdun en 843, mais ils ne furent pas capables de le préserver des invasions, et de 841 à 912, les Normands dévastèrent la France. La région parisienne ne fut pas épargnée ; en l'an 885, ils restèrent un an sous les murs de Paris qui résista et ils durent lever le siège sans résultat. Mais, le siège d'une ville ainsi entourée d'eau de tous côtés, la présence d'une multitude de barbares, avec leurs bagages, leurs femmes et leurs enfants, ne pouvait qu'être favorable au développement de l'endémie palustre, et il est probable que cette période fut néfaste pour la région parisienne.

D'ailleurs, les Carolingiens étaient devenus tout à fait impuissants à assurer l'ordre et encore moins l'hygiène ; dès 898, la Monarchie devenait élective et le dixième siècle vit la décadence de cette dynastie avec les invasions des Saxons qui ravagèrent l'Yonne et n'épargnèrent probablement pas le Sud de la région parisienne.

Le règne des Capétiens qui commença en 987 avec Hugues Capet pour se terminer en 1328 avec Charles IV le Bel ne fut pas beaucoup plus heureux au point de vue sanitaire. En effet, cette période fut marquée d'une part par la lutte entre les Capétiens et les Plantagenets, qui fut une première guerre de cent ans, d'autre part, et simultanément, par les croisades.

De 1.096 à 1.099, c'était la première croisade et il est certain que les guerriers, à leur retour, ne furent pas sans ramener les fièvres qui devaient se propager ensuite sur place.

Sous le règne de Louis VI le Gros, c'est la lutte autour de Paris contre les Seigneurs de Montlhéry et du Puiset ; le domaine royal était alors extrêmement réduit et, au début de cette dynastie, toutes les luttes avaient pour théâtre la région parisienne. Louis VII le jeune qui lui succéda de 1137 à 1180 participa à la seconde croisade qui, prêchée à Chalons, en 1146, dura de 1147 à 1149. On sait qu'elle se termina par un désastre en Asie-Mineure ; les soldats, fatigués et plus ou moins malades, rapportaient encore du plasmodium.

Au retour de cette croisade, Louis VII le Jeune, répudia Eléonore d'Aquitaine et les conséquences de cet acte allaient être très importantes. En effet, celle-ci, deux ans plus tard, en 1152, se remaria avec Henri Plantagenet qui était nommé roi d'Angleterre en 1154. Louis VII le Jeune devait alors lutter contre son vassal qui possédait la majeure partie du royaume plus la couronne d'Angleterre. C'était le début de la rivalité des Capétiens et des Plantagenets ; elle devait durer de 1154 à 1242 et l'on allait se battre fréquemment sur le territoire. Nous en rappellerons brièvement les épisodes principaux.

La lutte eut un caractère aigu sous le règne de Philippe Auguste, de 1180 à 1223. Il fut d'abord allié de Richard Cœur de Lion contre Henri II Plantagenet jusqu'en 1189. A ce moment, ils partirent ensemble pour la troisième croisade (1189-1192). Mais on sait que Philippe Auguste devait l'abandonner dès 1191. Il s'alliait à son retour à Jean sans Terre et faisait emprisonner Richard Cœur de Lion. Dès que celui-ci fut libéré, ce fut une lutte à mort. La guerre commença en 1194 et les opérations qui allaient durer pendant cinq ans nous furent funestes. Richard, vainqueur, devait d'ailleurs mourir d'accident en 1199. Mais la lutte allait reprendre en 1202 contre Jean Sans Terre ; c'était la campagne de Normandie qui dura jusqu'en 1208, et fut marquée au début par le siège du Château Gaillard, situé sur les bords de la Seine, près des Andelys, aux confins de la région parisienne. On sait que ce siège qui devait durer six mois se termina par le brillant succès de Philippe Auguste.

Au même moment, c'était la quatrième croisade (1202-1204). Philippe Auguste retenu par les affaires intérieures, ne devait pas y

partir, mais les Français n'y participèrent pas moins, et le retour d'hommes impaludés dans la région parisienne au moment où l'on s'y battait était évidemment propice à la diffusion de la maladie dans cette région.

En 1214, c'était la première coalition européenne et les brillantes victoires de Philippe Auguste à la Roche-aux-Moines et à Bouvines les 2 et 27 juillet ; la région parisienne n'avait nullement à en souffrir.

De 1217 à 1221, c'était la cinquième croisade.

Après la mort de Philippe Auguste, la lutte se poursuivit contre les Plantagenets qui furent battus par Louis VIII ; elle allait se terminer à Saintes en 1242 par la victoire de Saint Louis.

Son règne qui dura de 1226-1270 aurait été une ère de prospérité relative s'il n'avait été marqué au début par cette lutte contre les Anglais et par les septième et huitième croisades. Celle-là qui devait durer de 1248 à 1254 se terminait par un désastre, les Croisés ayant été décimés par une épidémie dûe au débordement du Nil... Ici encore, il y a beaucoup de chances pour que la région parisienne ait vu revenir un certain nombre d'impaludés. On sait quelle fut la triste fin de la dernière croisade, en 1270, où Saint Louis mourut de la peste sous les murs de Tunis.

Pendant les dernières années de la dynastie capétienne, il n'y eut plus de lutte, le domaine royal était agrandi et les Croisades étaient terminées. Mais pendant les 350 ans où ils avaient eu le pouvoir, la misère avait été grande dans la région parisienne. Les Croisades, avec leurs apports incessants d'impaludés, en période d'activité plus ou moins marquée, alors que l'on ne cessait de se battre de toute part, avaient été funestes, pour notre contrée.

La misère était d'ailleurs grande dans les campagnes. « Les gens mouraient par milliers » dit un chroniqueur et il n'y avait pas eu moins de onze grandes famines dans les divers coins du royaume sous le règne de Philippe Auguste.

La dynastie des Valois 1328-1498 ne fut pas beaucoup plus heureuse. Si nous n'avions plus d'importations de paludisme comme au moment des invasions arabes où des croisades, nous vîmes le pays ravagé par la guerre de Cent ans. En effet, après la mort de Charles IV, dernier des Capétiens, Edouard III, petit-fils de Philippe le Bel, revendiquait la couronne de France, et il déclara presque aussitôt la guerre à Philippe VI de Valois. Commencée en 1337, elle se prolongea jusqu'en 1453. Mais durant ces 116 années, il n'y eut guère que 55 années de guerre pour la France. Dans une première période, de 1337-1360, ce fut l'invasion du royaume. Nous n'insisterons pas sur

la destruction de la flotte française à l'Ecluse, en 1340. Au cours de la campagne de 1346-1347, Edouard III ravagea la Normandie et, remontant la vallée de la Seine, parvint jusqu'à Saint-Germain-en-Laye ; cette campagne allait se terminer par les défaites de Crécy et de Calais. En 1350, Jean le Bon prenait la couronne, et la lutte reprenait de 1355 à 1360 ; malgré la défaite de Poitiers, on vit les Français résister dans la région parisienne, notamment autour de Creil. La paix de Brétigny en 1360 n'apporta point le calme, car toute la région parisienne, comme d'ailleurs tout le Nord de la France allait être ravagé par les Grandes Compagnies. Ces brigands, soldats en chômage, possédaient plus de cinquante forteresses dans les environs d'Auxerre et de Tonnerre, au Sud-Est de la région parisienne et les paysans les redoutaient tellement qu'ils creusaient des trous dans la terre, établissaient des galeries, des cavernes, pour se dérober aux pillards. La misère était immense et les conditions étaient éminemment favorables au développement de l'endémie palustre, notamment ces remue-ménages de terre qui, lors des pluies, engendraient de multiples flaques d'eau. Dès l'avènement de Charles V (1364), Duguesclin s'occupa de mettre un terme à cet état de choses ; les brigands, enrégimentés sous son commandement, délivrèrent le territoire au cours d'une deuxième période de la guerre qui dura de 1369 à 1380. Mais les choses ne devaient pas aller mieux pour la région parisienne, après la libération du territoire. De 1407 à 1415, c'était la lutte autour de Paris entre les Armagnacs et les Bourguignons. En 1413, d'ailleurs, la guerre reprenait avec l'Angleterre qui allait envahir la France et l'occuper jusqu'en 1429. A ce moment, sous le règne de Charles VII survint Jeanne d'Arc, ce furent alors de nouvelles luttes, victorieuses cette fois, dans la région parisienne. Après avoir délivré, le 8 mai 1429, Orléans, qui était assiégé depuis un an, elle battit les Anglais à Patay, aux sources de La Conie, dans cette région éminemment insalubre ; puis, après avoir fait couronner Charles VII à Reims, se rabattit sur Paris dans une campagne de l'Île de France qui ne donna aucun résultat, enfin remonta sur Compiègne où elle fut faite prisonnière le 14 mai 1430. En 1436, Charles VII allait pouvoir délivrer Paris et prendre possession de sa capitale. En 1444, le territoire était presque complètement libéré, et le dernier épisode de la guerre, de 1450 à 1453, fut sans intérêt pour la région parisienne.

Sous Louis XI, ce fut de 1461 à 1483, la lutte contre Charles le Téméraire, et les Liges du bien public ravagèrent la région parisienne. Charles fut vaincu à Beauvais en 1472. Il devait mourir misérablement en 1477 sous les murs de Nancy.

Ainsi donc, pendant 150 ans, la région parisienne fut plusieurs fois envahie, elle fut souvent le théâtre de luttes, à Saint-Germain-en-Laye en 1346, à Creil en 1355, lors des Grandes Compagnies, pendant la lutte entre les Armagnacs et les Bourguignons, au cours de la

deuxième invasion du pays et enfin au cours de la libération du territoire par Jeanne d'Arc, puis Charles VII. Cet état se prolongea avec la lutte contre la maison de Bourgogne. Il y a de multiples chances pour que le paludisme, qui, comme nous le verrons plus tard, a causé de nombreuses épidémies au dix-neuvième siècle, ait sévit avec rigueur pendant cette période.

Au seizième siècle, au cours de la lutte entre les Maisons de France et d'Autriche, nous devons voir, sous François I^{er}, les armées étrangères envahir le territoire au cours de la X^e guerre, de 1542 à 1546, et descendre en 1544 jusqu'à Meaux. L'alerte avait été grande pour la capitale. La paix fut signée à Crépy-en-Valois. Sous Henri II, au cours de la douzième et dernière guerre de cette rivalité, nos armées furent battues à Saint-Quentin en 1557, et l'ennemi avait la porte ouverte vers Paris. Heureusement, il ne sut pas profiter de sa victoire. A part ces deux courtes périodes, la rivalité entre la Maison de France et la Maison d'Autriche n'inquiéta pas beaucoup la région parisienne.

Il n'en fut pas de même des guerres de religion. Sous Charles IX, au cours de la première guerre, les deux partis se battirent successivement à Rouen, à Dreux, où triompha le Duc de Guise, puis à Orléans, traversant ainsi l'Ouest de la région parisienne. Au cours des deuxième et troisième guerres, on se battit à Saint-Denis, aux portes de Paris, en 1567, puis ce furent, en 1572, les massacres de la Saint-Barthélémy (24 août) où plus de 2.000 Parisiens furent exécutés dans la même journée. Sous Henri III, pendant la cinquième guerre, on se battit à Dormans, au Nord de la forêt de Vassy, et à Etigny-sur-Yonne, près de Sens.

Enfin, la huitième et dernière guerre se termina par la lutte autour de Paris. Henri IV échoua une première fois autour de la capitale en 1589, mais après sa victoire d'Ivry, en 1590, il put venir bloquer la ville. Les Parisiens résistèrent jusqu'à la dernière extrémité et, lorsqu'il pénétra, en 1593, il y avait plus de 30.000 habitants qui étaient morts de faim. Ce siècle avait donc encore été pénible pour Paris et ses environs.

Au dix-septième siècle, ce fut, sous Richelieu et Louis XIII, la guerre de Trente ans (1619-1659). La France entra en lutte en 1635, et, au début, ce fut l'invasion. Les Espagnols parvinrent en 1636 jusqu'à Pontoise, mais le territoire fut rapidement libéré ; le traité de Westphalie en 1648, et la Paix des Pyrénées, en 1659, terminèrent le différent.

Sous Mazarin, Paris fut vivement touché par les Frondes. Lors de la Fronde parlementaire, la ville fut assiégée de janvier à mars 1649; Mazarin triompha et la Paix fut signée à Rennes. Un an plus tard, c'était la Fronde des Princes et la lutte contre Condé. La rencontre des

troupes de Louis XIV et de Mazarin avec celle de Condé se fit à Bléneau, près de Gien ; c'est seulement le sang-froid de Turenne qui permit de sauver le Roi. Les deux armées remontèrent alors jusque sous les murs de Paris et Condé allait céder lorsque la Grande Mademoiselle lui ouvrant les portes, il put se réfugier dans la capitale. Turenne fit alors le siège de la ville qu'il tint pendant deux mois.

Les guerres de Louis XIV ne devaient nullement intéresser la région parisienne.

Nous voyons donc qu'au cours du dix-septième siècle, la situation fut relativement meilleure qu'au siècle précédent, pour les environs de Paris. Les armées étrangères n'y pénétrèrent qu'une fois lors de leur descente sur Pontoise en 1636 et Paris eut seulement à souffrir de deux sièges de quelques mois au cours des Frondes.



Mais les multiples guerres et, en particulier, les guerres de Louis XIV avaient considérablement affaibli le royaume et la misère avait été grande.

C'est sous la fronde que l'on vit Saint Vincent de Paul, âgé de 80 ans, s'émouvoir de la misère du peuple et fonder de multiples hôpitaux.

Les écrivains du siècle de Louis XIV insistèrent à diverses reprises sur la misère du royaume. Guy Patin disait, en 1660 : « Les pauvres « gens meurent, par toute la France, de misère, d'oppression, de pauvreté et de désespoir. » La Bruyère écrivait en 1688 : « L'on voit « certains animaux farouches, des mâles et des femelles, répandus « par la campagne, noirs, livides et tout brûlés du soleil. Attachés à « la terre qu'ils fouillent et qu'ils remuent avec une opiniâtreté invincible. Ils ont comme une voix articulée et quand ils se lèvent sur « leurs pieds, ils montrent une face humaine, et, en effet, ils sont « des hommes. Ils se retirent la nuit dans des tanières où ils vivent « de pain noir, d'eau et de racines. Ils épargnent aux autres hommes la peine de semer, de labourer et de recueillir pour vivre, et « méritent ainsi de ne pas manquer de ce pain qu'ils ont semé. » En 1692, Fénelon écrivait : « La France entière n'est qu'un grand hôpital désolé et sans provisions. »

Plusieurs Commissions royales furent ordonnées pour enquêter sur l'état des provinces, Mme de Sévigné, Mme de Maintenon, Saint-Simon, ce dernier notamment dans une lettre anonyme au Roi de 1712, justement restée célèbre, attiraient l'attention sur la misère générale. Sous Louis XV, l'amélioration ne fut pas considérable.

Si, jusqu'ici, nous n'avons pu faire que des hypothèses sur l'état sanitaire du pays, nous trouvons, en 1793, dans une « Description des

« épidémies qui ont régné depuis quelques années dans la généralité de Paris », le passage suivant qui mérite d'être cité intégralement :

« Si l'on considère un village dans les détails relatifs à la salubrité, on y rencontrera toujours tous les principes ou germes des maladies que la variété de la température peut faire éclore.

« 1° Des maisons dont le sol est généralement à quelques pieds au-dessous de celui de la rue, dont l'air est étouffé par le peu d'issue qu'on lui donne, dont l'humidité s'accroît par le peu d'étendue et d'élévation et par la qualité du terrain : c'est cependant dans une seule pièce ainsi construite que l'on trouvera logée une famille entière, au milieu de la fange et de la pourriture, et couchée le plus souvent dans des alcôves fermées et inaccessibles à l'air.

« 2° Aux environs des maisons, souvent même dans leurs cours, vous verrez des mares d'eau, dont le lit a été creusé par les propriétaires, des fumiers pareillement en réserve, des haies touffues et élevées qui bouchent l'entrée de l'habitation, comme si l'on craignait d'en renouveler l'air.

« 3° Dans beaucoup de paroisses, l'eau qui sert à la boisson, est tirée des puits ou des citernes, dont le fond est impur, et dans d'autres les seules sources où on la puise sont altérées par la malpropreté des linges qu'on y lave journellement, ou sont excessivement fangeuses.

« 4° Dans quelques lieux, les bêtes mortes sont exposées près des habitations et corrompent l'air qu'on y respire surtout dans certaines constitutions de l'atmosphère. Ici est un établissement ou une manufacture dont les matériaux altèrent singulièrement la pureté de l'air ou des eaux ; là, ce sont des eaux sales et fétides, jetées avec profusion dans les rues, sans écoulement quelconque ; enfin ailleurs, ce sont des égouts pernicieux qu'on laisse subsister, des marais desséchés sans précaution, etc...

« 5° On trouvera des villages entiers, situés sur un terrain humide et voisin des marais, des étangs, etc. ; d'autres sont exposés aux torrents qui entraînent des maisons entières ou à des inondations fréquentes, il en est enfin qui sont environnés de montagnes ou de bois qui empêchent la libre circulation de l'air.

« 6° Il faut encore ajouter qu'il y a plusieurs contrées où le sol ingrat ne produit que de mauvais grains et en petite quantité ; qu'il en est d'autres dont les habitants manquent d'industrie pour la meilleure culture, que presque partout le peuple est peu soigneux de la préparation de la nourriture et réduit, du moins dans la classe la plus indigente, à manger du pain mauvais et souvent mal fait ; qu'en général, il n'a pas la quantité d'aliments néces-

« saires, et que cependant il est livré à l'intempérance et est exposé
« à toutes les intempéries de l'air.

« Telle est la situation des habitants de la campagne dans tous
« les pays »...

Nous voyons donc qu'à la fin du dix-huitième siècle, la situation était lamentable au point de vue hygiénique dans les campagnes, que la misère était grande, que les marais, les étangs et les flaques d'eau, que l'on ne se souciait nullement de drainer ou d'assécher, se trouvaient de tous côtés. Toutes les conditions étaient réunies pour la pullulation des moustiques et le développement du paludisme.

Les guerres de Louis XV ne devaient nullement retentir sur la région parisienne, mais ce siècle devait se terminer par la Révolution, par la lutte autour de Paris, la guerre civile et toutes leurs conséquences.



Du rapide exposé historique que nous venons de faire, outre la lutte contre les Anglais, nous ne retiendrons que deux choses : l'importance des invasions arabes et les Croisades qui ont été sans aucun doute, la cause d'une efflorescence de paludisme sur le territoire. Les grandes découvertes du quinzième siècle n'ont été faites que par un petit nombre d'hommes et on ne saurait y trouver un apport de coloniaux dans nos contrées. La politique coloniale de la France dans ses débuts et sous Louis XV n'a pas davantage amené de déplacements appréciables d'hommes des colonies vers la Métropole ou réciproquement.



Il nous a été rapporté que Rabelais avait beaucoup parlé du paludisme, malheureusement nous n'avons pu le contrôler. Dans un article sur le paludisme en France qu'il publiait en 1931, M. le Professeur Tanon disait que les fièvres intermittentes étaient fréquentes à cette époque, ainsi que sous Louis XIV.

Trouvons-nous dans les grands travaux qui ont été faits au cours des siècles à Paris ou dans ses environs, quelques raisons de soupçonner le paludisme ?

Nous avons déjà signalé l'époque romaine et la construction de l'aqueduc de Villejuif. Philippe Auguste fit exécuter de grands travaux dans Paris, faisant construire des murs d'enceinte, paver des rues, et surtout faisant bâtir le Louvre. Sous Saint-Louis, on voyait se dresser le Palais de Justice et la Sainte Chapelle. Charles V reconstruit

le Louvre et l'Hôtel Saint-Paul. Sous Henri IV, c'est la construction du Pont-Neuf qui semble avoir été particulièrement propice au développement de la malaria.

Le siècle de Louis XIV fut marqué par d'énormes travaux ; en première ligne, nous mettrons la construction du château de Versailles, le creusement de la pièce d'eau des Suisses et du grand canal. Ce dernier n'avait pas moins de 1.650 mètres de long, sa largeur moyenne était de 62 mètres « une somptueuse et pittoresque flottille couvrait, « sous Louis XIV, le grand canal, gondoles expédiées de Venise, deux « yachts venus d'Angleterre ; deux galiotes garnies de petits canons, « chaloupes, grande galère sculptée et dorée. Le tout orné de tentes « et d'étoffes de soie cramoisie, brodées d'or et de fleurs de lys. On « collationnait et soupait sur ces embarcations ; des musiciens y donnaient concert. » (Paul Gruyer.)

Pour arriver à un tel résultat, il avait fallu faire des travaux énormes. Ces déplacements considérables de terre, dans une région particulièrement humide, à quelques kilomètres de l'étang de Saint-Quentin et de bien d'autres étangs de moindre importance ont été certainement l'occasion d'un développement des fièvres paludéennes. D'ailleurs, quelques années plus tard, l'aqueduc de Maintenon commencé par Louvois (1685) devait être interrompu à cause de l'importance des fièvres.

**

Mais, jusqu'ici nous n'avons pu faire que des hypothèses ou ne recueillir que de vagues indications. Voyons ce qu'ont écrit les auteurs au sujet du paludisme dans la région parisienne avant le dix-neuvième siècle.

Paul Rousseau avait déjà dit, ainsi que nous l'avons rappelé plus haut, parlant du petit ruisseau de La Conie : « De mémoire d'hommes, « il est acquis que les fièvres palustres sévissent dans cette région. »

Léon Colin, dans sa topographie médicale de Paris (1885) écrivait (page 320) : « Paris et Londres, avec leurs marais d'autrefois, subissaient chaque année à sa période d'élection les redoutables atteintes « de l'intoxication palustre » et (page 354) : « ... Quant aux fièvres « intermittentes, nous avons donné la preuve de leur importance aux « siècles passés, en leur attribuant l'excès de mortalité automnale « qui pesait alors sur la population parisienne. » Dans son livre sur le paludisme, à Paris, où il n'envisage malheureusement que le point de vue clinique, Vincente (Manuel) nous dit (page 24) : « Les anciens « auteurs citent des épidémies meurtrières de malaria à Paris. » Et Magniatis, en 1883, dans sa thèse sur la fièvre intermittente à Paris, écrit : « Les fièvres intermittentes ont toujours fait partie de l'épidé-

« miologie parisienne ; leur nombre autrefois très considérable a tous jours diminué et tend à décroître encore. »

¹ L'Académie des Sciences avait été créée en 1666. Nous trouvons, dans l'histoire de cette institution pour 1671 (Morand), un extrait des registres statistiques publié par ordre de Colbert qui nous dit qu'à cette époque les fièvres intermittentes sévissaient chaque année à Paris, surtout en automne.

« Un siècle plus tard, les fièvres intermittentes faisaient encore « partie intégrante et prédominante des maladies régnantes de l'automne à Paris, et nous pouvons donner un aperçu très intéressant « en dépouillant dans l'histoire de la Société royale de médecine, pour « les mois de septembre et octobre, les tables de P. Cotte.

« Septembre 1776 : Fièvres intermittentes.

« Octobre 1776 : Fièvres intermittentes.

« Octobre 1777 : Fièvres intermittentes, doubles tierces.

« Septembre 1778 : Fièvres intermittentes, tierces, doubles tierces.

« Octobre 1779 : Fièvres intermittentes.

« Septembre 1780 : Fièvres intermittentes.

« Octobre 1780 : Fièvres intermittentes.

« Septembre 1781 : Fièvres intermittentes.

« Octobre 1781 : Fièvres intermittentes.

« Septembre 1782 : Fièvres intermittentes.

« Octobre 1782 : Fièvres intermittentes.

« Septembre 1783 : Fièvres intermittentes.

« Octobre 1783 : Fièvres intermittentes, tierces.

« Dans cet aperçu, nous voyons que les fièvres intermittentes, « étaient fréquentes, tous les ans, surtout pendant les mois de septembre et octobre. » (Magniatis.)

Dans la « Description des épidémies qui ont régné depuis quelques « années dans la généralité de Paris... », parue en 1783, nous lisons : « les fièvres catarrhales, les péri-pneumonies et pleuro-péri-pneumonies putrides et malignes, les fièvres *intermittentes* et les rémittentes putrides et malignes avec exanthème, les fièvres pourprées, « la petite vérole, et la rougeole, les diarrhées et dysenteries putrides et malignes sont à peu de choses près, avec des nuances plus « ou moins sensibles, toutes les maladies épidémiques qui règnent « dans les campagnes. »

Nous voyons donc que les fièvres intermittentes, tenaient une place assez importante. Il est vrai que dans cette précédente énumé-

ration des fièvres épidémiques, nous ne voyons nullement parler de la fièvre typhoïde qui était pourtant très meurtrière. Était-elle alors connue sous un autre nom ou l'auteur qui prétend que l'on décrivait un trop grand nombre de maladies et qu'en réalité elles se réduisaient à peu, la fait-il rentrer dans le cadre des précédentes ? Nous ne saurions le dire. Il est toutefois impossible d'objecter que sous le terme général de fièvres, il était toujours question de fièvres paludéennes, les fièvres étaient, en effet, bien classées quoiqu'empiriquement, et pour s'en rendre compte il suffit de jeter un coup d'œil sur la Monographie des fièvres de Pinel, que nous avons relevée dans le rapport de l'Académie de Médecine sur les épidémies pour la période de 1770 à 1830. Pinel distinguait les fièvres inflammatoires bilieuses, muqueuses, catarrhales, continues, rémittentes, intermittentes, putrides, malignes, typhoïdes, éruptives et cérébrales. Chacune de ces variétés était elle-même subdivisée en quatre ou cinq sous-variétés et les fièvres intermittentes étaient classées en : fièvres intermittentes de différents types, fièvres intermittentes avec adynamie et ataxie, fièvres intermittentes pernicieuses, fièvres intermittentes avec dysenterie. Les fièvres rémittentes et intermittentes se divisaient en fièvres rémittentes et intermittentes d'une part, et en fièvres intermittentes avec état adynamique d'autre part. Enfin, les fièvres continues étaient divisées en fièvres continues et rémittentes, et en fièvres continues et intermittentes. Nous n'insistons pas sur la valeur de cette classification, nous rappellerons seulement que l'aspect clinique des fièvres intermittentes était bien connu depuis l'antiquité et que très souvent dans les descriptions, les auteurs parlaient de fièvre quarte ou de fièvre tierce, ainsi que nous l'avons vu dans les tables de Cotte.

En somme, le diagnostic de fièvres intermittentes était relativement aisé dans les formes typiques, par contre, les formes frustes étaient le plus souvent méconnues.

**

Quoiqu'il en soit, le paludisme semble avoir été relativement fréquent dans la région parisienne jusqu'à la fin du XVIII^e siècle. Nous avons vu qu'il sévissait à Paris, chaque année, en automne, et les multiples luttes qui eurent lieu au cours des siècles, dans les environs de Paris, où l'état sanitaire était incomparablement plus mauvais, permettent d'affirmer que le paludisme y a fait de nombreux ravages.

LE PALUDISME DANS LA REGION PARISIENNE DE 1800 A 1880

Au cours de cette période nous allons voir que le paludisme a sévi un peu de tous côtés dans la région parisienne. Et pourtant ce ne sont pas les guerres de ce siècle qui ont beaucoup influé sur son apparition ; nous relevons seulement la campagne de France en 1814, Paris fut le siège de lutttes en 1830 et en 1848 et, en 1870, la région parisienne ayant été envahie pendant près de 5 mois, la ville fut assiégée et la guerre contre les Allemands fut suivie d'une terrible guerre civile de deux mois. C'est là peu de choses si l'on compare avec ce qui s'était produit au moyen-âge.

**

La plupart des épidémies que nous allons relever ont eu pour cause l'état sanitaire des campagnes et l'indifférence des paysans. A Paris, ce sont surtout les grands travaux qui retentirent sur l'évolution des fièvres. Voici ce que disait M. Bricheteau en 1840, dans le rapport de l'Académie de Médecine sur les épidémies.

« Dans les pays où règnent habituellement les fièvres intermittentes, on les redoute très peu. Dans certaines contrées, on se félicite même de leur retour, parce qu'elles préservent de maladies plus dangereuses. Ces épidémies annuelles ne sortent pas, par conséquent, du cercle ordinaire de la pratique médicale, mais lorsque les fièvres intermittentes prennent un caractère pernicieux et font un grand nombre de victimes, les cantons atteints, saisis d'épouvante, demandent du secours. Heureusement ces cas sont assez rares, ce qui explique pourquoi la Commission n'a eu à examiner que trois pièces sur cette matière. » — Il s'agit là des rapports pour toute la France. — « Ces rapports ont réveillé en nous la triste pensée que beaucoup de localités de notre pays restent obstinément étrangères aux plus simples notions d'hygiène publique, que les habitants vivent entourés de mares, de cloaques, d'eaux stagnantes fétides, de fosses à fumier, et sans se douter des dan-

« gers qui les menacent. Bien plus, bon nombre d'entre eux spéculent
« stupidement sur ces foyers d'infection pour augmenter leurs en-
« grais et fertiliser leurs champs aux dépens de leur santé, de leur
« vie même. »

Et pourtant les médecins de l'époque comprenaient parfaitement le rôle des eaux stagnantes et les précautions qui étaient à prendre pour faire disparaître les foyers d'infection. Il suffit de lire, sur ce sujet, le rapport de Gaultier de Claubry, en 1847, à l'Académie de Médecine :

« De toutes les maladies », dit-il, « qui sont susceptibles de se
« développer d'une manière épidémique, il n'en est pas qui, autant
« que les fièvres intermittentes, présentent une étroite relation entre
« l'existence de certaines causes et les effets que ces causes produi-
« sent. En effet, il a toujours suffi qu'il existât, dans une contrée,
« dans un village, auprès d'un groupe même de maisons isolées,
« quelque eau stagnante, un marais, une simple mare pour qu'on
« vit aussitôt se développer des fièvres intermittentes et l'endémicité
« de ces mêmes fièvres être la conséquence, en quelque sorte forcée,
« de l'existence permanente d'un étang, d'un marais, d'une mare ;
« comme aussi il a toujours suffi de faciliter le cours d'une eau
« stagnante, de dessécher un étang, un marais, de faire disparaître
« une mare, pour voir, aussitôt après, les fièvres intermittentes cesser
« d'être endémiques dans une contrée tout entière, dans une com-
« mune, et d'y reparaitre épidémiquement à une époque de l'année
« toujours la même. Eclairé par la médecine sur les fâcheux effets
« des miasmes paludéens, l'Administration d'un Etat, d'une Pro-
« vince, d'une portion même très restreinte d'un pays, pourra tou-
« jours faire disparaître les fièvres intermittentes, qui y sont endé-
« miques, qui y règnent épidémiquement, à certaines époques de
« l'année. C'est là un des plus beaux triomphes de la Science Médicale
« appliquée à l'Economie Sociale. »

Nous voyons donc que, bien avant la découverte de l'hématozoaire, bien avant que l'on eut précisé le rôle de l'anophèle dans la transmission de la maladie, l'importance des eaux croupissantes, dans le développement des larves de ces insectes, et l'action des substances larvicides, du pétrole, des poissons larvivores, les médecins avaient saisi les relations qui existaient entre les eaux stagnantes et les fièvres telluriques et qu'ils avaient compris toute l'importance de leur assèchement.



Ayant ainsi jeté un coup d'œil sur les conditions hygiéniques et sur les moyens de lutte au début du XIX^e siècle, nous allons voir

successivement quelles furent les principales épidémies dans la région parisienne, en dehors du département de la Seine, puis ce que fut le paludisme à Paris et dans sa banlieue immédiate.

Nous insisterons particulièrement sur trois épidémies que nous avons pu relever et qui sont particulièrement intéressantes à plus d'un point de vue. La première survint, en 1802, à Pithiviers, c'est une des plus importantes du siècle. Elle a été rapportée par Alibert en 1804 dans son traité des fièvres intermittentes et Ozanam écrivant une histoire des épidémies des fièvres paludéennes qui avaient régné en Europe depuis les temps les plus reculés, jusqu'en 1830, ne manquait pas de la citer. Elle avait motivé l'envoi d'une Commission de la Faculté de Médecine, dirigée par les Professeurs Desgenettes et Duméril. Mais passons plutôt la parole à Alibert :

« Ce fut vers la fin de Thermidor de l'an X, que les fièvres intermittentes, en apparence bénignes, se manifestèrent dans plusieurs communes de l'arrondissement de Pithiviers. Elles se propagèrent bientôt avec une effrayante rapidité : elles attaquèrent, dans l'espace d'un mois, la moitié de la population des bourgs et villages situés sur les bords de la rivière de l'Essonne. Tant qu'elles conservèrent le caractère de fièvres intermittentes simples, on ne fut frappé que de la multiplicité des individus atteints. Mais lorsqu'on vit qu'elles devenaient meutrières, on réclama des secours de toutes parts.

« La voix publique désignait comme les principaux foyers de l'épidémie, les faubourgs situés à l'Est et au Sud de la Ville de Pithiviers. Jamais un spectacle aussi affligeant n'avait attristé les regards. Chaque maison semblait métamorphosée en hôpital. Tout ce que la douleur et l'indigence peuvent offrir de plus affreux, se trouvait réuni dans ces habitations : adultes, vieillards, femmes, enfants, la fièvre dévorait tout, sans distinction. Le pauvre, abandonné à sa position déplorable, n'avait pour soulagement à tant de maux que de mauvais médicaments plus dangereux qu'utiles, et une nourriture modique malsaine.

« Dans l'intérieur de la ville, la consternation était générale ; la rapidité avec laquelle l'épidémie se propageait, la mort inattendue d'un grand nombre de vieillards et d'enfants, de quelques chefs de famille, de plusieurs femmes enceintes, avaient répandu une alarme d'autant plus grande, que chaque jour amenait encore des malheurs nouveaux.

« Ces fièvres étaient essentiellement intermittentes ; en général, les types tierces, et double-tierces, dominaient. Les types quotidiens et quartes, étaient moins communs. Ces divers types offraient,

« dans un grand nombre d'individus, une foule de variétés relatives à
« la durée des paroxysmes, à leur retour, etc... Toutes ces fièvres se
« prononçaient avec un caractère frappant de débilité : un seul accès
« de fièvre terrassait l'homme le plus robuste et ne lui permettait
« plus de quitter le lit. L'intermission de la fièvre ne rétablissait pas
« les forces, et les fiévreux étaient d'autant plus faibles que les fonc-
« tions digestives étaient le plus souvent nulles, même avant l'in-
« vasion de la fièvre et longtemps après sa disparition. Deux symp-
« tômes généraux étaient encore remarquables pendant la durée des
« paroxysmes. C'étaient des céphalalgies horribles et des douleurs
« abdominales qui ne cessaient même pas toujours avec l'accès, et
« qui tourmentaient encore les malades dans les courts instants de
« l'apyrexie. En général, ces fièvres épidémiques avaient une grande
« tendance à changer promptement de types et à devenir tour à tour,
« rémittentes, continues bilieuses et pernicieuses continues.

« Relativement à la dégénération des intermittentes en continues,
« on observa que chez le plus grand nombre des malades, le dernier
« accès se prononçait sans frissons marqués. Les malades éprou-
« vaient uniquement un froid léger : ce symptôme annonçait presque
« toujours le changement des intermittentes en continues. Quelque-
« fois, l'accès, au lieu de douze ou quinze heures, durait trente-six
« heures et toute apyrexie s'effaçait.

« Telles étaient, en général, les dégénérationes des fièvres régnan-
« tes. Mais la nature la plus grave de ces fièvres se trouvait dans les
« intermittentes pernicieuses : tantôt leur invasion était subite, tan-
« tôt ces symptômes pernicioeux se manifestaient après quelques
« symptômes de fièvres intermittentes bénignes, ou, pendant la con-
« valescence de ces fièvres, tout à coup ces malades étaient frappés
« d'un frisson violent : bientôt perte de connaissance, aphonie, figure
« généralement livide, déglutition difficile, respiration ronflante,
« pouls plein et irrégulier, quelquefois soubressauts dans les ten-
« dons, urines rares ou limpides, anxiétés, soupirs profonds, insen-
« sibilité générale, anéantissement des forces. Les accès duraient
« quinze ou dix-huit heures. A la fin de l'accès, recouvrement de
« l'usage des sens, respiration moins stertoreuse, pouls plus régulier
« et plus faible, urines abondantes et sédimenteuses, parole faible,
« ignorance absolue de ce qui s'était passé durant l'accès, accable-
« ment extrême, apyrexie pendant dix ou douze heures, plus ou
« moins.

« La cause essentiellement productrice de tous ces ravages paraît
« devoir être reportée à la production des miasmes marécageux qui
« enveloppèrent pendant près de quatre mois, l'atmosphère de Pithi-
« viers et des communes situées sur les bords de l'Essonne.

« Cette rivière fut sujette, pendant le cours de l'an X à une

« inondation extraordinaire telle que les prairies qui bordent son
« lit étaient couvertes d'eau. Les eaux stagnantes qui ont formé un
« marais accidentel, dont les miasmes ont été développés par les
« chaleurs brûlantes de l'été, suffisent donc pour rendre compte de
« l'origine des fièvres épidémiques qui ont désolé si longtemps ce
« malheureux pays ».

Nous voyons donc que cette épidémie avait été en relation avec un débordement de l'Essonne. Mais nous voyons également que c'est surtout au Sud et à l'Est de Pithiviers qu'elle s'est développée, dans cette région plus humide que celle qui s'étend au Nord-Ouest et qui est située sur la rive gauche de la rivière, vers la Beauce. C'est, en effet, à Pithiviers, que l'on rencontre pour la première fois de l'eau lorsqu'on vient du centre de cette région et nous comprenons là toute l'importance de la nature du terrain. Cette relation est intéressante à un autre point de vue. Elle nous montre ce que pouvait être, au début de ce siècle, sous le Consulat, au moment où le calme renaissait autour de Paris, la gravité d'une épidémie. On voit que presque toute la population avait été atteinte et le nombre des décès était important. Il s'agissait, en effet, de formes graves ataxo-adiynamiques. L'évolution des accès n'était pas toujours typique, puisqu'Alibert nous dit que ces fièvres dégénéraient souvent d'intermittentes en continues ; cela ne saurait nous étonner, si l'on tient compte de l'influence du climat, l'allure clinique du paludisme en France, étant généralement bien différente de celle qu'il revêt aux Colonies ; cependant, en raison du manque d'hygiène qui régnait alors dans les campagnes, on voit que le mal fut redoutable.

En 1840, nous trouvons la relation d'une autre épidémie survenue dans le petit bourg de Morée, sur le Loir, aux environs de Vendôme. Cette épidémie se développa d'autant plus facilement que cette commune de 1.300 habitants, quoique pourvue d'un petit hospice, était privée de praticien et le médecin qui vint de Vendôme pour secourir les habitants, ne trouva qu'une sœur de charité « qui remplissait à
« la fois les fonctions de médecin, de chirurgien et de pharmacien ». Voici ce qu'en dit M. Bricheteau dans son rapport à l'Académie :
« Comme le bourg de Morée avait été précédemment affligé de plu-
« sieurs épidémies de pneumonies d'un fâcheux caractère, M. Gen-
« dron dut examiner avec soin les localités, afin d'apprécier leur
« influence sur l'état sanitaire des habitants. Morée est situé en
« plein midi, sur les bords du Loir, dont le cours se trouve ralenti
« par les usines de Fréteval et les nombreux moulins qui existent
« au-dessus et au-dessous de ce bourg ; il est, en outre, traversé par
« un ruisseau qui coule dans une gorge étroite et se jette dans le Loir
« après avoir pris sa source, dans les étangs fangeux d'Ecoman Morée

« est dominé de trois côtés par des collines élevées; au midi, existent
« de vastes prairies marécageuses continuellement inondées par le
« Loir, qui baignent les murs de ce bourg et l'enveloppent souvent
« de vapeurs et d'effluves marécageuses. De plus, le cimetière est
« placé sur une colline qui domine et touche les habitations ; les
« fosses ne peuvent être creusées assez profondément à cause de la
« difficulté de pénétrer dans un banc calcaire très dur.

« Notre confrère remarqua encore que les collines sont couvertes
« de bois, habituellement humides et que ces terres et tout ce sol
« qui domine Morée sont argileux et retiennent l'eau.

« Au mois de février 1839, sous l'influence des vents du Nord et
« du Nord-Est, les pneumonies se montrèrent en assez grand nombre
« dans la localité dont il s'agit. Les malades furent peu saignés, M.
« Gendron fit usage de préférence d'une potion stibio-opiacée dont
« il ne donne pas la formule, du vésicatoire, du camphre, du nitre,
« du kermès, du polygala de Virginie et quelquefois, vers la fin, du
« *sulfate de quinine* pour combattre des redoublements fébriles ou de
« véritables accès de *fièvres intermittentes* ou rémittentes. L'auteur
« ne fait mention que d'un seul décès et termine sa note par les
« réflexions suivantes : j'ai constamment remarqué que dans les
« pneumonies épidémiques qui se présentent si souvent à Morée, on
« doit se défier des saignées, ne les employer qu'au début et avec
« circonspection; ces maladies offrant rarement le caractère vérita-
« blement inflammatoire, les malades tombent presque de suite dans
« l'affaiblissement. On se trouve mieux dans ce genre de pneumonies
« de l'emploi de la potion stibiée, des pilules de camphre, *de quinine*,
« de vésicatoires, des lochs aiguës de Kermès, des potions avec le
« polygala et l'*extrait de Quinquina*. Les accès de fièvres rémittentes
« qui accompagnent presque constamment ces espèces de pneumo-
« nies, et l'influence des effluves marécageuses qui semblent occa-
« sionner ces épidémies autorisent à les rapprocher des fièvres ré-
« mittentes, pernicieuses. C'est ce qui explique le succès qu'on obtient
« des préparations de quinquina; et j'ai noté plusieurs fois que les
« malades chez qui on employait trop largement la saignée, succom-
« baient vers le cinquième jour de la maladie. »

Nous voyons, par cette relation, toute l'importance qu'attribuaient les médecins de l'époque aux conditions de terrain. Nous voyons avec quel souci de la précision ils décrivent les collines qui entourent Morée, la situation du cimetière, la forêt, le petit affluent du Loir, et enfin l'importance qu'ils attribuent, à juste titre aux inondations. Nous ferons, de plus, remarquer que c'est encore aux confins de la Beauce, qu'est survenue cette épidémie à quelques kilomètres de la vallée de La Conie, entre les forêts de Marchenoir et de Fréteval,

dans une région beaucoup plus humide, par conséquent, que le centre de la Beauce.

D'autre part, dans son rapport, Monsieur Bricheteau annonçait la description d'une épidémie de pneumonies compliquées de fièvres intermittentes et, en effet, au début, il est surtout question de pneumonies. Mais, nous voyons qu'elles s'accompagnaient couramment d'« accès de fièvres intermittentes », et que ces accès cédaient à la Quinine ou à l'extrait de Quinquina. Il semble donc que ces fièvres paludéennes étaient des formes s'accompagnant de symptômes respiratoires assez marqués et l'on sait aujourd'hui que la congestion des bases n'est pas rare et que l'on peut même voir survenir une expectoration rouillée. Nous comprenons donc que Monsieur Gendron ait surtout utilisé, au début, des vésicatoires et autres thérapeutiques agissant sur l'évolution des pneumonies. Enfin, nous comprenons que l'usage de la saignée si fréquent à cette époque dans les diverses maladies, ait été néfaste, puisqu'il s'agissait d'une affection dont l'anémie est un des symptômes les plus importants. De toutes façons, cette épidémie survenue 40 ans après celle de Pithiviers, dans une région qui n'était peut-être pas beaucoup plus saine, semble avoir été incontestablement moins meurtrière.

En 1851 nous trouvons, dans les rapports de la Commission des épidémies de l'Académie de Médecine, une nouvelle relation de fièvres palustres à Montereau. Voici ce qu'en dit M. Gaultier de Claubry : « Du 15 août au 28 octobre 1851, autrement dit pendant deux mois « et demi, la petite commune de Montereau, qui fait partie de l'arrondissement de Meaux, département de Seine et Marne, et dont « la population était alors de 426 habitants, a été le théâtre d'une « épidémie de fièvres intermittentes et rémittentes qui a atteint 38 « sujets et en a fait périr 5. Les jeunes gens et les adultes ont été « principalement atteints par l'épidémie. A peine a-t-on compté quelques malades parmi les enfants et les vieillards. Les deux sexes « ont été affectés à peu près en nombre égal, puisqu'il y a eu 18 « hommes et 20 femmes.

« La maladie s'est montrée sous deux formes : la forme de fièvres « intermittentes tierces, ou quotidiennes et la forme de fièvres continues, rémittentes avec redoublement en tierce. Cette seconde catégorie de faits s'est montrée la moins nombreuse : c'est la seule « qui ait eu des morts au nombre de 5, ainsi qu'il vient d'être dit.

« Le docteur Arnaud, médecin des épidémies de l'arrondissement « de Meaux, envoyé sur les lieux qui étaient le théâtre de l'épidémie, « a dû chercher à découvrir la cause de cette dernière.

« Le village de Montereau est bâti sur le penchant d'une colline « très élevée à l'exposition de l'Ouest, enveloppé au Nord, à l'Est et

« au Sud, par une épaisse forêt qui la sépare des étangs du plateau
« de la Brie. Les rues de Montereau sont tenues avec assez de pro-
« preté; on n'y observe ni eaux corrompues stagnantes, ni tas de
« fumier.

« Le sol en est argileux, les sources qui y sont abondantes et
« fournissent des eaux de très bonne qualité ne se rendent pas dans
« la Marne qui coule, sinueuse, dans la partie boisée du coteau, mais
« elles alimentent quelques étangs sans issue.

« Dans ces conditions topographiques, il a régné, du 15 août au 1^{er}
« octobre 1851, un vent d'Ouest qui a pu pousser sur le village les
« émanations du marais et de la rivière même de la Marne.

« Monsieur Arnaud fait judicieusement observer que, sous l'in-
« fluence d'une cause peu énergique d'intoxication paludéenne, les
« personnes jouissant d'une certaine aisance, bien nourries, bien
« vêtues, ont pu facilement résister, tandis que les sujets qui étaient
« placés dans des conditions contraires, fatigués, en outre, par les
« travaux de la moisson qui s'achevait à cette époque, ont dû oppo-
« ser une moindre force de résistance. Aussi, est-ce parmi ces der-
« niers que l'épidémie a surtout exercé son influence et fait exclu-
« sivement des victimes dans la catégorie des cas qui présentaient
« la forme continue rémittente. Il est regrettable que le médecin
« de Meaux n'ait pas recueilli les observations détaillées des cas qui
« ont été suivis de la mort des sujets. Seulement si, dans une
« seule maison, trois cas sur cinq se sont montrés très graves et ont
« été suivis de la mort des malades, ce médecin attribue un aussi
« funeste résultat à l'encombrement des malades dans un local trop
« peu spacieux, mal aéré. Il semble penser qu'il s'est développé dans
« ce cas quelque chose d'analogue au typhus. »

Il est probable qu'il s'agissait alors d'une de ces fièvres typho-pa-
lustrès, association de paludisme et de typhoïde bien décrites par
Vincente dans son livre sur le paludisme à Paris. Nous voyons dans
cette description qu'ici encore les médecins ont attaché une certaine
importance aux conditions géographiques ; par contre, la description
même de l'épidémie est à peu près inexistante et l'on voit combien
le diagnostic est imprécis à cette époque où l'on ne pouvait pas le con-
trôler par les recherches de laboratoire. Il est, toutefois vraisembla-
ble que la docte assemblée n'a pas accueilli dans son rapport annuel
une épidémie qui n'avait pas les caractères des fièvres intermittentes.

En 1855, nous voyons encore que les fièvres intermittentes te-
naient une place honorable dans les maladies qui sévirent alors en
Seine-et-Marne : « La rougeole, la scarlatine, la variole, la typhoïde,
« l'angine couenneuse, les fièvres intermittentes et le choléra sont

« les maladies principales signalées dans ce département », dit M. Barth, dans son rapport à l'Académie.

De 1870 à 1872, nous notons que « dans le département de Seine-et-Oise, des chaleurs intenses, en déterminant une abondante évaporation des eaux, et, par suite, le dessèchement imparfait des surfaces marécageuses, ont déterminé l'apparition de la fièvre intermittente dans quelques parties de la Vallée de Montmorency. Les environs d'Enghien et de Deuil, dont la configuration géologique explique suffisamment un semblable résultat en ont été plus particulièrement atteints.

« A Sarcelles, M. le docteur Bazin, qui a fréquemment observé la fièvre d'accès dans cette localité, l'attribue justement à la stagnation et au mauvais écoulement des eaux déterminés par la configuration du sol. » (Rapport Delpéch à l'Académie).

Par contre, l'année suivante, en 1783, l'épidémie semble avoir été sérieuse « dans une commune de l'arrondissement de Coulommiers (Seine-et-Marne) », bien que le rapporteur, M. Woillez, dise que, « comme les autres épidémies, celle-ci a été atténuée en 1873 ; 338 habitants ont été atteints de fièvres intermittentes qui ont été attribuées à un défrichement de bois, voisin du village, et à de grands fossés d'eau croupissante ».

Cela nous prouve simplement que les contemporains étaient accoutumés aux ravages de l'endémie palustre.

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur ces quelques relations épidémiques on a l'impression que leur gravité a toutefois été en décroissant au cours du siècle. Il ne faudrait, d'ailleurs, pas croire que ce soit les seules épidémies qui ont été notées dans la région parisienne pendant cette période de quatre-vingt ans. Nous en relevons, en effet, en 1835, dans le département de Seine-et-Marne, à Chatois, où 118 habitants sur 367 sont touchés par la maladie, ce qui représente 30 % de la population, proportion relativement considérable. Puis, de 1835 à 1862, outre les épidémies de Morée (1839), de Montreuil (1851), et de Seine-et-Marne (1855) ci-dessus relatées, nous ne trouvons rien ; cela tient, sans aucun doute, comme nous le verrons plus loin, à l'insuffisance des renseignements. En 1862, nous relevons une épidémie à Nemours, en Seine-et-Marne, ou plutôt dans les environs de cette ville, et une autre dans l'arrondissement de Montargis (Loiret). En 1865, nous en relevons dans l'arrondissement de Pontoise. En 1866, nous en voyons encore dans l'arrondissement de Montargis. En 1869 et 1870, une épidémie est signalée à Ville-neuve-Saint-Denis, aux environs de Coulommiers. En 1871, c'est à

nouveau aux confins de la Beauce que nous sont signalées les épidémies dans l'arrondissement de Pithiviers, et dans l'arrondissement voisin de Montargis. En 1876, c'est un peu partout dans le département de la Seine-et-Oise; nous en notons dans les arrondissements de Versailles, de Rambouillet, d'Etampes et de Corbeil. En 1878, c'est à nouveau dans l'arrondissement de Montargis qu'elles nous sont signalées. Enfin, en 1879, Versailles même aurait été le siège d'une épidémie.

Nous avons, d'ailleurs, négligé les épidémies que nous avons trouvé indiquées dans les arrondissements périphériques de la région parisienne, à cheval sur les régions voisines, tels les arrondissements de Laon, de Beauvais, d'Orléans, ou les épidémies qui étaient indiquées dans des départements n'appartenant qu'en petite partie à cette région, tels que ceux de l'Aisne ou de l'Eure-et-Loir, lorsque les indications ne précisaient pas les communes atteintes.

En somme, jusqu'à 1860, ce sont surtout les grandes épidémies qui sont signalées. Après cette date, les renseignements deviennent plus précis et c'est ainsi que nous avons pu relever toute la liste que nous venons de donner. Mais il y en eut certainement beaucoup d'autres. Nous verrons plus loin que le paludisme était fréquent dans les Vallées de l'Orge, de l'Essonne et de l'Yvette, tout autour de l'étang de Grignon. Nous verrons de même qu'il a fait au cours des siècles de sérieux ravages dans les environs de Toucy, sur l'Ouanne, aux confins du Gatinais, et, chaque année, dans son rapport sur les épidémies, l'Académie de Médecine se plaignait amèrement de l'insuffisance des renseignements qui lui étaient transmis par les médecins des départements. Voici ce que dit, à ce sujet, M. Delpech, en 1872 :

« Cinq départements seulement ont transmis sur ce point de « sérieux renseignements, encore incomplets, et le département de « la Corse, lui-même, si éprouvé par les fièvres palustres, s'est contenté de nous adresser une simple feuille, sur laquelle les cinq « arrondissements figurent comme ayant été absolument indemnes « de tous faits épidémiques. » Nous voyons donc, que non seulement les renseignements sont insuffisants, mais que bien souvent, ils sont faux, et que cela est dû à l'indifférence totale des médecins des localités atteintes. Nous devons donc considérer que le paludisme a fait beaucoup plus de ravages que ceux qui ont été signalés ci-dessus et si, après 1860, nous voyons relever un nombre relativement important d'épidémies, nous pouvons alors assurer qu'il était en pleine décroissance et que la malaria était beaucoup plus sévère au début du siècle.

Nous n'avons jusqu'à présent signalé que les « épidémies » de fièvres intermittentes, mais celles-ci régnaient également en plus d'un point de notre région, à l'état endémique. Nous en trouvons mention notamment, en 1845, à Chatillon-sur-Loing et en 1873 dans diverses localités du département de Seine-et-Oise. Dans la séance du 19 septembre 1845 M. Laveille, alors en Algérie, faisait parvenir à l'Académie Royale de Médecine un mémoire, et les rapporteurs nous disent que : « l'auteur de ce mémoire » avait « exercé la médecine pendant 20 ans dans le « département du Loiret, à Châtillon-sur-Loing, canton où les fièvres « intermittentes sont endémiques. »

Nous ne saurions mieux rendre compte de la manière dont les médecins de l'époque expliquaient l'état endémique du paludisme dans certaines régions qu'en citant un passage de ce rapport :

« En cherchant les causes telluriques qui, dans les plaines de « Châtillon-sur-Loing, produisent le froid humide, auquel j'attribue « les fièvres intermittentes endémiques, j'y rencontre, dit M. Laveille, « le canal de Briare qui traverse les plaines, les bois nombreux qui « s'y trouvent, les vallées du Loing, du Milleron, de l'Ocane, de l'Avey- « ron, les étangs, les marais de cette localité qui n'ont pas encore été « desséchés; je remarque, en outre, que c'est en automne, quand « les jours sont encore chauds et les nuits froides, que les causes de « refroidissement agissent avec plus d'activité sur les habitants de « la campagne, épuisés par les travaux de l'été, etc... Les bois et mas- « sifs d'arbres, d'après l'auteur, l'évaporation des étangs, ne sont que « des causes secondaires visibles de refroidissement ; la cause pre- « mière, jusqu'à présent peu étudiée, est la composition géologique « du sol et sa propriété de retenir l'eau. En effet, dans deux localités « données, il peut tomber la même quantité de pluie et y avoir le « même nombre d'arbres, sans qu'il y ait parité sous le point de « vue de la salubrité. La différence en cela dépend de la perméabilité « et de la non perméabilité du sol ou du sous-sol. Le sol imperméable « qui retient l'eau est une cause de refroidissement, d'humidité, et, « partant, une cause de fièvre intermittente endémique : tel est celui « des plaines de Châtillon-sur-Loing, dont parle M. Laveille, lequel « est généralement composé d'une couche d'humus et d'une couche « de calcaire. Avec une telle composition du terrain, les eaux ne pou- « vant filtrer profondément à cause de l'imperméabilité des couches « argileuses et calcaires, stagnent et entretiennent une dangereuse « humidité dans le pays jusqu'à ce que la chaleur et la sécheresse « soient parvenues à la dissiper ; c'est pendant ce temps que les fièvres « intermittentes sévissent sur les habitants des campagnes ».

Nous voyons donc que les médecins, au milieu du XIX^e siècle, concevaient toute l'importance des influences saisonnières et climatiques dans l'entretien de l'endémie-palustre.

En 1873, le rapport de l'Académie de médecine, sur les épidémies nous indique que : « dans le département de Seine-et-Oise, les fièvres intermittentes sont endémiques sur différents points, notamment « autour de l'étang de Saint-Quentin, dans la plaine de Trappes, au « Perret, à Triel, à Yerres, et enfin dans la vallée de Maisse ». Nous voyons donc que l'endémie-palustre était disséminée en bien des coins du département de Seine-et-Oise. Il est probable que les autres parties de la région parisienne, hormis la Beauce, et les hauteurs de la Falaise de l'Île de France, n'étaient pas beaucoup plus épargnées par le miasme paludéen.

En nous en tenant aux seules localités que nous avons relevées, nous voyons que le paludisme a sévi dans la Beauce, à Morée et à Pithiviers ; dans le Gâtinais, aux environs de Montargis, à Châtillon-sur-Loing, dans les environs de Nemours ; dans la Brie, à Montereau et aux environs de Coulommiers ; dans le Hurepoix autour d'Etampes, de Corbeil, de Rambouillet ; à Versailles et dans ses environs ; enfin au Nord-Est de Paris, dans les environs de Pontoise, c'est-à-dire dans le Vexin et la partie voisine du Parisis. Nous trouvons donc du paludisme partout où, dans notre chapitre sur la région parisienne, le terrain nous avait semblé favorable à son apparition, à son développement ou à son entretien.

**

Voyons ce que fut, à la même époque, l'évolution du paludisme à Paris et dans le département de la Seine.

Il nous est apparu précédemment que les fièvres paludéennes avaient été relativement fréquentes à Paris au cours des siècles. Cela était dû non seulement aux nombreux travaux qui ont été faits dans la capitale où au manque d'hygiène, mais aussi à l'humidité de ce point de convergence des eaux, centre du bassin parisien, où l'on voit aboutir la Marne, l'Oise et de nombreuses petites rivières secondaires. Dans les premiers siècles de l'ère chrétienne, la Seine n'était pas endiguée et l'eau débordait ses rives chaque année « Adeo ut » nous dit Grégoire de Tours (Livre VI, ch. 25), « inter Civitatem et « Basilicam Sancti Laurentii naufragia saepe contingerent ». Or, de la cité à Saint-Laurent, il n'y a pas beaucoup moins de 2 km, et l'on voit que si les Romains avaient été arrêtés par les vastes marais qui s'étendaient sur la rive gauche de la Seine, entre Melun et Paris, les eaux mortes n'étaient pas moins importantes sur la rive droite lorsque le fleuve débordait.

Le vieux quartier du Marais qui s'étend à ce niveau était extrê-

mement humide et l'on fit, au XIX^e siècle, d'énormes travaux d'assainissement, de drainage des eaux, creusant les égoûts de Paris ou étendant leur réseau, perçant le canal Saint-Martin, traçant des rues où refaisant des voies publiques pour faciliter l'écoulement des eaux. Si ces améliorations devaient amener la diminution des causes du paludisme dans la capitale, les travaux eux-mêmes, furent la source de plusieurs épidémies.

Les deux principales se produisirent en 1811 lors du percement du canal Saint-Martin, et en 1840, lors de la construction des fortifications. Nous pouvons juger de l'importance de ces épidémies, en constatant qu'elles sont restées tristement célèbres, non seulement dans les écrits des auteurs du dix-neuvième siècle, mais encore dans ceux de nos contemporains. Elles sont, en effet, citées par Trousseau, qui nous dit dans ses cliniques : « Lorsqu'en 1811, on creusa le canal Saint-Martin, une véritable épidémie de fièvres intermittentes sévit sur les quartiers du Temple, de la Villette, et de Pantin. En 1840, une épidémie semblable régna quand on éleva les fortifications qui entourent Paris. » Elles sont également citées par Vacher dans son « Etude médicale et statistique sur la mortalité à Paris (1866). » Elles sont citées par Magniatis dans sa thèse sur le paludisme à Paris, par Colin en 1885 dans sa Topographie médicale de Paris. Dieulafoy nous les rappelle dans son manuel de pathologie interne. Laveran en parle également dans son Traité du Paludisme ainsi que Vincente dans son livre sur le Paludisme à Paris. Enfin, en 1917, M. le Professeur Blanchard en parlait dans une communication à l'Académie de Médecine sur le danger du paludisme en France : « Quand on construisit les fortifications de Paris, sous le règne de Louis Philippe », nous dit-il, « la fièvre intermittente éclata avec violence, chez les terrassiers et maçons occupés à ce travail gigantesque. Cela se comprend, diront les partisans attardés du miasme tellurique, mis en liberté par le bouleversement du sol. Cela se comprend, diront aussi, avec plus de raison, les partisans de l'infection anophélienne, puisque ce même bouleversement produit des cuvettes et des dépressions sans nombre, où l'eau de pluie s'accumule et où les moustiques viennent pondre. Les porteurs de germes, sans lesquels l'éclosion d'aucune épidémie n'est possible, étaient représentés, dans ce cas particulier, par des ouvriers venus de cent endroits divers, mais notamment des régions paludiques du centre de la France, ainsi que du Piémont. » En 1931, M. le Professeur Tanon, rappelait ces deux épidémies dans un article sur le paludisme en France, et notre maître, M. le Professeur Lemierre, les citait encore dans sa conférence sur le paludisme primaire dans la région parisienne.

Bien que ces épidémies aient été ainsi rapportées ou plutôt citées, par nombre d'auteurs, de nombreuses années après leur extinction, nous n'avons pu en trouver aucune relation dans les contemporains, et Ozanam, dans son Histoire des épidémies de fièvres paludéennes, en Europe depuis les temps les plus reculés jusqu'à 1830, ne cite même pas celle de 1811 ; et pourtant, il parle de l'épidémie de Pithiviers de 1802, il parle d'une autre épidémie survenue en 1826, et il avait précédemment cité de nombreuses épidémies apparues en France notamment dans de grandes villes comme Bordeaux. Nous n'avons pas davantage trouvé mention de ces épidémies de 1811, dans les thèses soutenues à Paris au cours de cette année là et des suivantes. Sans doute, de plus patientes recherches nous auraient-elles permis d'en découvrir une relation, mais il est possible que l'Empereur ait interdit la publication de cette éclosion de paludisme à l'occasion de travaux qui lui étaient chers. Nous n'avons pas davantage trouvé mention de l'épidémie de 1840, mais on sait qu'en réalité, la construction n'était encore qu'à l'état de projet en septembre ; en octobre 1840, c'était seulement l'adjudication de travaux qui devaient avancer à un rythme beaucoup plus lent que ceux exécutés sous l'Empire, et il se pourrait fort bien que l'épidémie ne fut survenue que quelques années plus tard, ce que nous n'avons malheureusement pu vérifier. Nous retiendrons seulement que ce fut à l'occasion du creusement du canal Saint-Martin et de la construction des fortifications qu'apparurent les deux grandes épidémies parisiennes de paludisme au XIX^e siècle.

Mais cette maladie porta bien d'autres coups aux habitants de la capitale. En 1828, Bard écrivait un mémoire sur les fièvres intermittentes observées à Paris, l'année précédente. Magniatis nous dit : « elles semblent s'acclimater sous le gouvernement de Louis-Philippe » et coïncider avec l'innovation des bornes-fontaines ». On ne voyait certes pas à cette époque des centaines ou des milliers de cas dans une année et, Dabos dans sa thèse, dit que : « la fièvre intermittente » se présente à l'état sporadique... à Paris », vers 1845. Toutefois, Bouillaud signalait à l'Académie de Médecine, en 1847, qu'il en avait, à lui seul, observé au moins 250 cas ; il est vrai qu'il ne s'agissait pas seulement de cas autochtones et qu'il y faisait certainement rentrer les cas de paludisme importés. En 1860, Moutard-Martin, qui avait été chargé d'étudier l'action du sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes, établit son rapport sur 51 cas observés, dans un délai assez rapproché, dans son service hospitalier. Nous voyons donc que si le nombre des cas était relativement faible, étant donné l'importance de la population parisienne, le paludisme n'était pas tellement rare. Il allait reparaitre lors des percements de rues, et lors de l'établissement des égoûts et des conduites du gaz.

« les fouilles opérées », nous dit Trousseau dans ses cliniques, « pour le percement des rues et des boulevards nouveaux, pour l'établissement des égouts, et des conduites du gaz d'éclairage, ont ramené ces affections palustres en grand nombre, et plus d'un médecin a été surpris par des cas de fièvres pernicieuses, qu'il était peu habitué à rencontrer dans sa pratique ». Magniat nous confirme le fait, ainsi que Vincente. Mais, en dehors de ces causes transitoires de paludisme, la maladie disparaissait nettement, et Trousseau pouvait dire, en 1865 : « les fièvres intermittentes sont, aujourd'hui, des maladies si rares à Paris, que nous les connaissons à peine », et Vacher rapporte que selon la statistique municipale pour 1865, on n'aurait relevé que 5 cas de paludisme à Paris, cette année-là. Il semblait alors avoir presque complètement disparu, ou ne se rencontrait plus guère que dans les hôpitaux. La plupart des cas qui y étaient observés étant des cas d'importation. Il ne reparaitait guère qu'à l'occasion des travaux comme nous l'avons dit ci-dessus.

Vincente en signale le retour en 1864, lors de l'abaissement du canal Saint-Martin. C'est le docteur Bidou, nous dit-il, qui lui aurait rapporté le fait en ces termes : « Il est assez naturel de penser qu'il n'existe guère à Paris, de foyers constants d'infection palustre ; mais on a bien des fois observé des foyers accidentels produits par les grands travaux de terrassements dans la saison chaude. On peut en citer un exemple typique. C'est, je crois, vers l'année 1864-1865, qu'on abaissa le niveau du canal Saint-Martin, de la rue de la Douane jusqu'à la Bastille, pour construire la voûte du boulevard Richard-Lenoir. Nuit et jour, des pompes d'épuisement fonctionnaient sur ce vaste chantier. Ce n'est pas sans raison que le nom de « Marais » est resté à cette partie de Paris ».

« Un médecin distingué, qui exerçait alors dans ce quartier, le docteur Maurepain, m'a raconté, vers l'année 1867, qu'il avait observé pendant les travaux sur le quai de Valmy, de nombreux cas d'intoxication palustre et parfois sous des formes assez graves. J'étais très jeune à cette époque et je n'ai pas gardé la mémoire des faits particuliers, mais la notion générale m'avait frappé et j'en ai conservé très nettement le souvenir. »

En 1867, c'est au jardin du Luxembourg que le paludisme fait son apparition et « M. C. Paul, pendant les travaux du jardin... pour lesquels on a déplacé de grandes masses de terre végétale, a constaté un certain nombre de fièvres intermittentes, plus ou moins graves, qui se sont montrées chez les employés du Sénat » (Magniat).

Il devait en être de même peu après lors du percement des boulevards, et le même auteur nous disait, en 1883 : « Il y a 15 ans en-

« viron, à l'occasion du percement du boulevard Malesherbes, la
« fièvre intermittente apparut à l'état d'épidémie ; or, comme cette
« épidémie coïncidait avec l'administration préfectorale de M. Hauss-
« mann, la fièvre intermittente, devint synonyme de « Mal Hauss-
« mann ».

Somme toute, en dehors des quartiers où l'on faisait des travaux et des périodes plus ou moins longues pendant lesquels ils duraient, le paludisme semblait avoir beaucoup décru à Paris. On ne pourrait mieux s'en faire une idée qu'en extrayant de la thèse de Magniatis, ce passage sur le paludisme à Paris, pendant l'année 1869 et le début de l'année 1870 :

« M. Chauffard, dans l'année 1869 (Société Médicale des Hôpi-
« taux) a signalé des états fébriles accompagnant ou non des états
« gastriques, présentant une forme intermittente très accusée, et qui
« ne cédaient qu'à l'administration de sulfate de quinine. Ces fièvres
« intermittentes ont paru à M. Chauffard, « tenir de la nature des
« fièvres intermittentes vraies, seulement ces accès étaient moins
« nets et séparés par une apyrexie moins absolue que ceux des fiè-
« vres intermittentes des pays paludéens. »

M. Gros, à la même époque a rapporté un cas analogue qu'il avait observé à l'hôpital Beaujon pendant le mois de juin 1869.

« M. Gubler, a eu à traiter un cas de fièvres tierces et un cas de
« fièvres quotidiennes, sur des sujets n'ayant jamais eu d'accès
« semblables et n'ayant jamais quitté Paris.

« A l'hôpital Cochin, pendant le mois de juin 1869, M. Chauffard
« note comme fait rare deux cas de fièvre intermittente tierce, très
« nettement caractérisée et contractées à Paris. Les malades étaient
« terrassiers et, par conséquent, exposés aux effluves qui se déga-
« gent dans les remuements de terrain pendant les saisons plu-
« vieuses.

« M. Ferréol a appelé l'attention, en juillet et août 1870, de la
« Société Médicale des hôpitaux, sur la fréquence plus grande, à cette
« époque que par le passé, des fièvres intermittentes constatées à
« Paris ; pour sa part, dit cet observateur, il a eu l'occasion d'en
« observer 7 cas manifestement contractés à Paris. Pendant les mois
« de juillet et août 1870, il a eu 3 cas dans la même maison, trois
« enfants de la même famille. Une jeune fille offrant une toux sèche
« et des accidents fébriles, qui, en raison de leur nature, firent d'a-
« bord penser à une fièvre typhoïde, puis à une tuberculisation, enfin,
« au bout de 4 ou 5 jours, à une fièvre intermittente qui céda rapi-
« dement par le sulfate de quinine.

« M. Simon a constaté à l'hôpital des Enfants Malades, un cer-

« tain nombre de fièvres intermittentes compliquées, de diarrhées
« rebelles qui guérissent par le sulfate de quinine.

« Messieurs Chauffard, Guérard, Archambault, Sabli et Paul, ont
« constaté des cas de fièvres intermittentes, tierces ou quotidiennes,
« contractées à Paris, qui cédaient par le sulfate de quinine.

« M. Vallin a signalé en 1870, dans son service au Val de Grâce,
« plusieurs cas de fièvres intermittentes, chez des malades qui
« n'avaient jamais habité de localités palustres. Ces malades ont eu
« 3 ou 4 accès bien caractéristiques, avec frissons de 8 heures du
« matin à midi. Pas de fièvre le soir, deux fois ces accès étaient quo-
« tidien ; dans d'autres cas, ils revenaient en tierce ; guérison ra-
« pide par le sulfate de quinine ».

Nous voyons donc que, dans ce passage, M. Magniatis nous signale encore 20 à 30 cas de fièvres intermittentes. Leur diagnostic n'était pas toujours aisé, comme en témoigne le cas de M. Ferréol qui fut d'abord pris pour une typhoïde, puis une tuberculisation, mais il en était d'autres qui étaient absolument typiques et, outre l'action du sulfate de quinine qui permettait d'éviter les erreurs de diagnostic, on avait alors le thermomètre, grâce auquel on pouvait suivre l'évolution des accès. Dans les cas de M. Vallin, nous voyons fort bien décrits ces accès qui ne durent que quelques heures et où, le soir, la fièvre a disparu. Ce sont là des accès classiques du paludisme tels qu'on peut aisément les suivre actuellement et il est bien probable que, lorsqu'Alibert parle d'accès durant 12 ou 15 heures, voire même 36 heures, la température, si elle avait été prise, ne serait pas, dans ces cas restée tout le temps à 39° ou 40°. On avait donc des moyens beaucoup plus précis de suivre la maladie et si les cas étaient plus rares qu'au début du siècle, ils étaient beaucoup moins contestables. Nous n'avons aucun document qui nous permette de juger la fréquence du paludisme à Paris lors de l'invasion allemande de 1870 et surtout en 1871, pendant la Commune, mais il est probable que l'on vit alors un redoublement de ces atteintes. Il devait encore reparaître quelques années plus tard, et en 1885, Léon Colin écrivait, parlant des épidémies du paludisme à Paris :

« Telle a été encore, parmi les plus récentes, l'explosion de fièvres
« intermittentes observées dans une partie du 13^e arrondissement
« (Gobelins) à la suite des immenses remuements de terre effectués
« pour les remblais de la rue de Tolbiac. Pour nous, l'intoxication tel-
« lurique prise à Paris est donc entièrement accidentelle, dépendante
« de conditions transitoires. En outre, il est bien rare que, même en
« ces circonstances, cette intoxication entraîne des manifestations
« aiguës redoutables et le développement de ces cachexies profondes
« des pays infectés par la malaria. »

Magniatidis disait, par contre, en 1883 : « la fièvre intermittente » existe à Paris, à l'état endémique », mais ce n'était en réalité qu'une autre interprétation des mêmes faits. Il est bien certain que si l'on n'observait que quelques cas de paludisme lors des différents travaux, percements de rues, ou autres, à Paris, le mal veillait et était prêt à éclater à la moindre occasion.

Dans le département de la Seine, les fièvres palustres nous ont été signalées en 1870 par Colin, dans son traité des fièvres intermittentes, qui dit à ce sujet : « Aujourd'hui encore, nous constatons » que, dans la garnison de Paris, ce sont les habitants des forts qui « sont le plus fréquemment atteints de fièvres intermittentes, en « raison, sans doute, de leur séjour dans une zone de remparts et « autres travaux de défense dont la terre remuée fréquemment, « mais non cultivée émet ainsi plus puissamment les miasmes de sa « puissance végétative ».

Le paludisme nous est également signalé dans la Seine, en 1874, par M. Briquet, dans son rapport à l'Académie de Médecine sur les épidémies, où il s'exprime en ces termes : « Pendant les mois de juillet, « d'août et septembre, les chaleurs ont été fortes, avec d'assez gran- « des variations (de 18° à 28°), il en a été de même de la pression « atmosphérique; enfin, les vents d'Est ont été prédominants. C'est « alors que plusieurs épidémies d'affections éruptives ont com- « mencé à apparaître et que les fièvres typhoïdes, ainsi que les fiè- « vres intermittentes se sont montrées plus fréquentes. »

On voit que le rapporteur les mettait en bonne place parmi les épidémies du département de la Seine.

Enfin, elles ont été signalées dans l'arrondissement de Sceaux, au cours des années de 1877 et 1878. Cela ne veut nullement dire que les épidémies de fièvres palustres aient fait leur apparition dans le département de la Seine, à la fin du siècle seulement. En effet, lorsque l'on consulte les rapport de l'Académie de Médecine sur les épidémies, on constate que, chaque année, pour le département de la Seine, qui comprenait Paris, il y a cette mention paradoxale : pas de renseignements. Et ce n'est seulement que vers 1875 que ceux-ci ont commencé à parvenir à l'Académie.

••

Nous avons vu dans le passage extrait de la thèse de Magniatidis que la plupart des cas de paludisme observés à Paris, en 1869 et 1870, étaient des cas autochtones. On pourrait, en effet, considérer que si, en raison des progrès accomplis dans la cité, l'endémie palustre avait de plus en plus tendance à disparaître, la politique coloniale de la

France, et en particulier la conquête de l'Algérie qui avait commencée en 1830, avait dû être l'occasion d'une large importation de paludisme. En réalité, pendant les périodes de luttes, les indigènes n'avaient guère tendance à venir dans la région parisienne, et les soldats qui étaient pour la plupart des mercenaires ne revenaient pas ou peu en France ; lorsqu'ils le faisaient, c'était toujours pour une courte période. La colonisation n'avait effectivement commencé qu'en 1840, époque des concessions gratuites et l'on avait vu deux exodes de colons vers l'Afrique du Nord, l'un en 1848, l'autre en 1870, mais ce dernier ne comprenait que des Alsaciens-Lorrains qui voulaient fuir la domination allemande.

Les premiers colons, qui n'étaient nullement instruits des dangers qu'ils couraient, avaient péri en grand nombre, atteints par les fièvres ou victimes des insurrections indigènes. Ils n'avaient pas, pour la plupart, les moyens de rentrer en France, et les quelques malades qui ont pu revenir étaient des rapatriés que l'on dirigeait alors sur des hôpitaux militaires comme le Val-de-Grâce. Si leur paludisme, insuffisamment traité, avait tendance à reparaitre ultérieurement, c'était ces cas importés que l'on revoyait alors, comme le disait Vacher, en 1866, dans les hôpitaux.



En conclusion, nous pouvons dire qu'il y a eu, au cours du XIX^e siècle, avant 1880, de nombreuses épidémies de paludisme dans la région parisienne, presque en tous lieux, mais que leur nombre a diminué, comme leur gravité, au cours des années.

A Paris même, le paludisme s'est montré fréquemment, à tel point que Magniatis pouvait le considérer comme y étant endémique.

Deux grandes épidémies ont sévi : l'une en 1811, l'autre vers 1840. Il s'est, d'autre part, montré à plusieurs reprises sous Louis-Philippe, lors de l'établissement des bornes-fontaines, puis lors du percement des rues, des boulevards, des égouts, des conduites de gaz. Il a sévi encore en 1865, lors de l'abaissement du niveau du canal de Saint-Martin; en 1867, à l'occasion des travaux du jardin du Luxembourg; sous Haussmann, au cours des travaux pour le percement du boulevard Malesherbes et, dans le quartier des Gobelins, lorsque l'on a travaillé aux remblais de la rue de Tolbiac. Il est probable que ce ne sont pas là les seules occasions auxquelles il s'est montré, et qu'il a dû paraître chaque fois que l'on faisait en un point ou en un autre de la cité un travail de quelque importance. En dehors de ces cas, le paludisme décroissait nettement à Paris, au cours de ces 80 ans.

LE PALUDISME DANS LA REGION PARISIENNE DE 1880 A 1914

C'est en 1890 que Laveran découvrit l'hématozoaire du paludisme, c'est là une date mémorable dans l'histoire des fièvres paludéennes, car le diagnostic, pouvait cette fois, être posé avec certitude. On pouvait déceler les cas frustes ou atypiques, si fréquents dans nos régions. Enfin, bien souvent, d'anciens paludéens se plaignaient d'accidents qu'ils attribuaient toujours à l'affection malarique, il était maintenant possible de voir si le plasmodium était véritablement en cause et de traiter les porteurs de germes. On pouvait contrôler l'action du traitement et régler avec une précision que, jusqu'alors, il avait été impossible d'obtenir, la cure de la malaria. Dans les premières années, il est vrai, Laveran n'avait pas parfaitement distingué les diverses formes de l'hématozoaire, il n'avait notamment pas très bien saisi la valeur des flagella. Il avait beaucoup insisté sur les corps en croissants sans saisir toute leur signification, mais, si tout n'était pas encore connu sur le plasmodium, du moins celui-ci était-il découvert et c'était là le point le plus important. Les travaux des années suivantes allaient permettre de préciser l'évolution de cet hématozoaire. En 1885, Golgi décrivait le cycle schizogonique chez l'homme, ce qui devait permettre de mieux comprendre la pathogénie des accès de fièvres palustres, et, en particulier, d'expliquer, pourquoi dans certains cas on avait à faire à une fièvre tierce, pourquoi dans d'autres cas il s'agissait d'une fièvre quarte, enfin, pourquoi on se trouvait parfois devant une fièvre quotidienne. On allait mieux pouvoir préciser la morphologie des trois espèces de plasmodium : *plasmodium malariae*, *plasmodium vivax* et *plasmodium falciparum*.

Cependant, on ne saisissait pas encore, par quels moyens la maladie se transmettait d'homme à homme. A la suite de la découverte de Laveran, bien des auteurs après avoir accepté, non sans de longues hésitations, l'existence du plasmodium, avaient considéré qu'il était seul en cause et que, les eaux stagnantes ne jouaient pas plus que le terrain un rôle actif dans la propagation de la maladie. Ils

considéraient que c'était là une maladie infectieuse et le problème de sa transmission restait entier.

Laveran, de son côté, ne s'était pas laissé abuser par sa découverte et il avait continué à soupçonner le rôle des mares et des étangs et celui des moustiques qui les peuplaient; mais il n'avait pu mettre en évidence le rôle de l'Anophèle. C'est à Ross que devait revenir cet honneur. En 1897, après deux années de patientes recherches, il décrivait le cycle de reproduction sexuée du plasmodium et montrait que celle-ci ne pouvait s'effectuer que par passage nécessaire dans le corps du moustique. Mais alors, pour supprimer la maladie, il suffisait de supprimer le moustique et il était encore plus facile de l'attaquer lorsqu'il était à l'état de larve. C'était la mise au point de la prophylaxie du paludisme qui devait, dès lors, décroître de tous côtés avec la plus grande rapidité.

**

Avant de voir quelles furent pour la région parisienne les conséquences de ces découvertes, jetons un coup d'œil sur les conditions de vie à cette époque. Les moyens de transports subissaient alors de grandes transformations. Les premiers trains étaient apparus vers le milieu du XIX^e siècle; en 1900, c'était l'automobile et, en 1910, nous allions voir apparaître l'avion. Enfin, c'est après 1880 également que se fit l'expansion coloniale des grandes puissances européennes et, en particulier, de la France. Mais, malgré tout, le peuple restait encore relativement hostile aux déplacements, et les indigènes n'avaient guère tendance à venir se promener à Paris, si bien que le seul paludisme importé des pays chauds ne pouvait l'être que par les troupes coloniales. La prophylaxie du paludisme, comme son traitement, allaient faire sentir leurs effets, dès les premières années qui suivirent la découverte de Laveran.

**

En 1880, nous relevons une épidémie de paludisme en Seine-et-Marne, à Presles, et à Gretz, au voisinage de l'étang de Villegenard.

« M. le docteur Paris signale également des épidémies, heureusement sans gravité, survenues à Achères et à Palaiseau (Seine-et-Oise), à l'occasion, pour la première de ces localités, des travaux de remblai de la voie ferrée, pour la seconde, des remaniements de terre pour la construction d'un fort. Dans ce même département, et toujours d'après M. Paris, la commune de Chavenay a dû son épidémie palustre au nettoyage du rû de Gally, dont les vases ont

« été déposées à l'air pour servir d'engrais ». (Rapport de M. Léon Colin sur les épidémies).

En 1882, s'il est question des fièvres intermittentes dans les rapports de l'Académie, c'est pour signaler leur disparition : « un assèchement d'étang à *Grignon* — nous dit M. Bucquois — a fait cesser « celles qui s'étaient montrées en Seine-et-Oise dans les vallées de « l'Essonne, de l'Orge et de l'Yvette. »

En 1884, « la fièvre intermittente s'est montrée, mais sans gravité dans quelques communes du département de Seine-et-Oise.

« Dans l'Oise, à Baron, au voisinage d'étangs, on a observé 50 « cas de fièvres intermittentes. Mais que l'on fasse dans ce foyer « d'infection », nous dit M. Siredey, « les travaux qui ont assaini la « Sologne et l'endémie disparaîtra. » (Rapport de l'Académie sur les épidémies).

Ainsi donc, on peut encore parler d'endémie palustre et nous voyons ici une épidémie de 50 cas ce qui, pour l'époque actuelle serait extrêmement important. Après cette date, nous n'avons pratiquement plus relevé d'épidémies dans les environs de Paris, nous avons simplement trouvé la mention de 10 cas dans le département d'Eure-et-Loir, aux confins de la région parisienne, et il est fort probable que la plupart d'entre eux se sont développés dans les régions voisines. En 1889, le docteur Rocher signalait sa décroissance progressive dans une partie de la région de Toucy (Yonne), qui en avait été autrefois ravagée. Nous voyons donc que le paludisme avait à peu près disparu. D'ailleurs, dès 1884, M. Siredey disait dans son rapport à l'Académie : « La fièvre intermittente, qui pouvait autrefois fournir un long chapitre dans le rapport des maladies épidémiques, ne tient aujourd'hui qu'une très petite place dans les « documents qui nous sont envoyés par les médecins... Elle n'existe « pour ainsi dire qu'à l'état de souvenir dans les foyers où elle a « sévit pendant des siècles et où elle semblait inexpugnable ».

D'ailleurs, on appliquait très strictement les règles de la prophylaxie. C'est ainsi qu'en 1892, lorsqu'on s'occupait du curage du grand canal du parc de Versailles et de celui du lac de Saint-Mandé, dans ces régions situées au voisinage immédiat d'agglomérations importantes, on n'avait pas hésité à désinfecter la vase à mesure qu'on la retirait. Et, pour ce faire, « on mélangeait à 1 m³ de vase, 500 grs « de sulfate de fer et 1 kg. de chaux. Les résultats obtenus furent « très satisfaisants », nous dit Laveran dans son *Traité du Paludisme* en 1898.

Nous avons vu qu'à Paris même, Magniatis considérait la fièvre intermittente comme persistant à l'état endémique, il disait à ce sujet, en 1883 : « Depuis quelques années enfin, les cas de fièvres « intermittentes se montrent de moins en moins exceptionnels, ce « qu'il convient peut-être d'attribuer, d'une part, au macadam, d'au- « tre part, aux nombreuses constructions qui ont été opérées. » Mais nous avons vu que ce n'était pas tout à fait l'opinion de Colin, qui écrivait en 1885, dans sa *Topographie Médicale de Paris* : « aujour- « d'hui, il en est de ces fièvres comme du scorbut, elles ne naissent « à Paris qu'accidentellement ; elles ne surgissent plus que de foyers « limités, adventices créés par des remuements de terre, creusement « de canaux, etc... ». Et il semble considérer que les médecins voient en réalité plus de paludisme qu'il n'y en a dans la capitale, car il ajoute : « le diagnostic fièvre pernicieuse est, à nos yeux, abu- « sivement formulé à Paris, même et surtout peut-être par les « praticiens de renom. Nous avons critiqué cet abus et démontré que « la plupart des affections ainsi qualifiées d'accès pernicieux ne pré- « sentaient ni dans leurs formes cliniques, ni dans leurs coïncidences « saisonnières, les attributs réels de l'impaludisme ; nos collègues « de l'armée, spécialement compétents par leur pratique dans les « pays palustres, ne se laissent point aller à semblables erreurs. On « en persiste pas moins, en ville, à recourir à une appellation si « commode pour couvrir bien des erreurs de diagnostic et, parfois, « abriter sa responsabilité ».

« Ce qui est réel, c'est la manifestation à Paris de ces accidents, « chez des personnes ayant antérieurement habité quelques foyers « palustres, et qui, du fait même de leur brusque retour en un pays « relativement froid, offrent des conditions personnelles favorables « à ces manifestations morbides.

« J'en ai vu pour mon compte, nombre de cas au Val de Grâce, « où viennent aboutir tant de malades empoisonnés dans les régions « les plus dangereuses du globe. »

C'est la première fois qu'il est nettement question, dans les relations des auteurs, du paludisme importé des pays chauds. Nous ferons ici remarquer que M. Colin semble écarter un certain nombre de formes, simplement parce qu'elles diffèrent du paludisme classique, mais nous savons que le paludisme revêt un tout autre caractère dans les régions tempérées et M. Abrami considérait, avec M. Senevet, lors de la dernière guerre, qu'il y avait un plasmodium de la fièvre des pays chauds, le plasmodium falciparum, et un autre pour les régions tempérées, le plasmodium vivax, et que, seul, ce dernier était susceptible de transmettre couramment le paludisme dans nos régions, le plasmodium præcox ne le faisant que tout à fait exceptionnellement.

Enfin, nous voyons encore dans le passage de M. Colin, le rôle que celui-ci attribue, dans le déclenchement de certains accès, au brusque retour des paludéens dans les régions tempérées. Le voyage n'est d'ailleurs pas, sans jouer un certain rôle, et nous savons qu'il faut tenir grand compte de la diminution de résistance de l'individu.

Ces considérations mises à part, nous voyons que, si M. Colin considérait en 1885 que le diagnostic de fièvres intermittentes était abusivement formulé, la situation avait certainement changé en 1901 car Vincente pouvait alors écrire : « La malaria parisienne est représentée par un petit nombre de cas bien caractérisés et par une proportion, impossible à évaluer, de paludéens que l'on guérit sans le savoir, en leur administrant empiriquement des préparations de quinine, d'iode ou d'arsenic. Il reste une importante catégorie de malades non traités ou traités tardivement. »

Il avait fort bien étudié les divers aspects cliniques du paludisme et il écrivait un peu plus loin : « Les stades classiques s'observent rarement à Paris ; il existe une inconnue au sujet du nombre de paludéens qui peuvent, à leur insu, être atteints. » Ici, il est nettement question des formes larvées.

Nous voyons par ces quelques passages qu'en 1883, Magniatis voyait plutôt une recrudescence de paludisme, tandis qu'en 1885 Colin insistait sur sa disparition et, en 1901, Vincente parlait surtout des formes larvées et méconnues qui, auparavant, n'avaient jamais intéressé les auteurs.

Au sujet de la répartition du paludisme dans Paris, Vincente nous signale encore qu'il en a observé à Montmartre quatre cas, dont trois étaient de provenance locale. Et M. Comby, nous dit-il, aurait relevé le Parc Monceau comme étant un foyer d'impaludisme.

*
**

Toutefois, il n'était plus guère question, à cette époque, d'endémie-palustre et la malaria avait presque complètement disparu de la région parisienne comme de la capitale dans les dernières années du dix-neuvième siècle.

LE PALUDISME DANS LA REGION PARISIENNE DE 1914 A 1918

La guerre de 1914-1918 devait apporter une recrudescence de paludisme sur notre territoire. A la suite de la débâcle des troupes serbes, nous allions voir revenir en France, un grand nombre de soldats qui avaient servi sur le front macédonien. D'autre part, nous étions obligés de faire appel aux troupes indigènes pour pouvoir lutter victorieusement contre les armées ennemies. Il y avait parmi ceux-ci un grand nombre d'impaludés subaigus ou chroniques qui vinrent créer sur notre territoire de nombreux foyers et réveiller les foyers préexistants. La région parisienne devait-elle être particulièrement affectée par ces importations, c'est ce que nous allons examiner. Mais auparavant, jetons un coup d'œil sur l'état du paludisme dans la région parisienne à la veille de la guerre.

Nous avons vu que le paludisme autochtone avait à peu près disparu et l'habitude des voyages n'était pas encore très développée en 1910. Cependant le paludisme, dans la région parisienne, était presque exclusivement représenté par des cas d'importations, ceux-ci s'étant peu à peu substitués au paludisme autochtone décroissant et, en 1917, M. Wurtz écrivait : « Avant la guerre... les cas de paludisme « que les médecins pouvaient observer l'étaient exclusivement chez « les coloniaux : il faut toutefois remarquer que le nombre de ces « cas avait énormément augmenté avec le développement de nos « colonies depuis trente ans. »

Mais le nombre des cas d'importation était encore relativement insignifiant dans la Métropole.

Pour rare que fût alors le paludisme autochtone, il persistait en certaines parties de la région parisienne telles que les bords de la Seine et M. Paul Rousseau disait à ce sujet, en novembre 1916, à l'Académie de Médecine, parlant de cette petite contrée : « L'endémie « était d'ailleurs si notoire ces dernières années encore, que lors « du conseil de révision, lorsqu'on voyait un conscrit malingre, on « lui demandait de suite s'il n'était pas natif de ces parages où si « ses parents ne les avaient pas habités.

« Les autorités locales s'en émurent et l'on décida de refaire la
« canalisation de la rivière ; cela fut exécuté, mais très incomplè-
« tement, il y a plusieurs années. La rivière ne tarda pas à s'obs-
« truer faute d'un entretien suffisant.

« Depuis lors, l'incurie administrative ayant laissé les choses
« dans l'état (malgré les demandes réitérées — ces derniers temps
« encore — du conseiller général local, médecin des plus avertis)
« de nouveaux cas de paludisme ont été signalés cette année (5 à ma
« connaissance). La plupart échappent au contrôle des médecins,
« habitués que sont les habitants à se soigner eux-mêmes. Toutefois,
« certains d'entre eux se refusaient, il y a quelques années encore à
« prendre de la Quinine qu'ils accusaient de provoquer l'ascite ter-
« minale.

« Ces fièvres paludéennes étaient, en effet, souvent graves d'em-
« blée et se terminaient rapidement par la cachexie palustre. Les
« formes les plus fréquentes sont la quarte et la tierce... Au sujet des
« cas de paludisme de 1916, il est à remarquer qu'aucun étranger,
« aucun soldat en particulier, porteur de germes n'a passé ou sé-
« journé dans la région. »

Il s'agissait donc là, indiscutablement, du paludisme autochtone
et nous voyons que sa persistance sur les rives de la Conie était en
grande partie imputable à l'insouciance ou aux préjugés des habi-
tants. Les Pouvoirs publics n'étaient d'ailleurs pas moins responsa-
bles, et les formes de fièvres qui sévissaient dans ces parages étaient
relativement sérieuses.

**

Ainsi, le paludisme persistait encore à l'état endémique à la veille
des hostilités et il devait continuer à porter ses atteintes à l'intérieur
de la région parisienne au moins pendant les premières années de la
guerre. M. Crouzon l'aurait observé vers la fin de celle-ci à Dreux,
ainsi que le rapportait M. Rieux en avril 1918.

Le cas de M. Roubaud qui s'inocula du paludisme en août 1917,
ne mérite évidemment pas d'être considéré comme un cas autochtone,
mais il prouve, comme l'auteur cherchait à le démontrer, que les
anophèles de la région parisienne étaient parfaitement susceptibles
de transmettre le paludisme macédonien qui avait été importé sur
notre territoire et, il est incontestable que, en cas de circonstances
favorables, on pouvait voir éclore, à Paris même, du paludisme
autochtone.

Le danger du paludisme macédonien avait d'ailleurs été signalé
par les médecins militaires dès les premières années des hostilités.

MM. Rist et Rolland avaient été parmi les premiers à le faire en septembre 1915.

« Le séjour des troupes africaines, donne à l'heure actuelle, aux « diptères transmetteurs, occasion de s'infecter » disaient-ils. « Il « faut donc prévoir l'apparition de quelques nouveaux foyers de « paludisme en France après la guerre et, il serait peut-être sage de « tenir compte dès maintenant de cette éventualité. »

Et M. Blanchard, en mai 1917 rappelait à l'Académie de Médecine qu'il fallait tenir compte aussi bien des indigènes qui étaient à l'intérieur du pays que des porteurs de germes qui étaient sur le front : « Pour apprécier à sa juste valeur le nombre de paludéens « amenés en France par la guerre, on doit ajouter aux rapatriés de « Salonique, non seulement les troupes africaines, mais aussi les « travailleurs coloniaux (annamites en particulier) chez lequel le « pourcentage des porteurs de germe est élevé. » Et M. Wurtz (loc. cit.) insistait encore davantage sur ce danger : « L'expédition des « Dardanelles et celle de Salonique », écrivait-il, « ont malheureuse- « ment ramené en France des dizaines de paludéens... maintenant, « pour un cas isolé que l'on voyait avant la guerre, il y en aura « cinquante au moins. Ces malades seront disséminés dans tout le « pays, et, si l'on n'y prend garde, dans les nombreux cantons de « France où existent des Anophélinæ, ces paludéens, propagateurs « intermittents d'hématozoaires, pourront bien accroître dans des « proportions néfastes la carte du paludisme français et la ramener « à deux siècles en arrière. Il n'est pas trop tôt pour jeter à ce sujet « un cri d'alarme. »

Que fut donc, dans la région parisienne, ce paludisme qui motivait de tels avertissements, en dehors des quelques cas précédemment signalés à l'intérieur et qui n'étaient pratiquement pas en relations avec cette importation de fièvres palustres.

En novembre 1916, M. Jeanselme signalait un cas particulièrement intéressant. Il s'agissait d'un blessé de la tête qui avait été transporté à Beauvais dans une salle de chirurgie de son service. Or, dans cette salle se trouvaient des Martiniquais et, en particulier, des Annamites, porteurs de germes, dont on ne s'était pas suffisamment méfié. Une dizaine de jours après son arrivée le blessé en question se mit à faire des accès caractéristiques de paludisme. Nous voyons là, survenir dans une salle d'hôpital aux confins de la région parisienne un cas de paludisme autochtone.

En mars 1917, M. Roubaud signalait un autre cas qui s'était déclaré au mois d'août précédent dans les environs de Cauroy, toujours à la limite de la région parisienne, à quelques kilomètres au Sud de l'Aisne; il s'agissait d'un cas de paludisme à plasmodium vivax. On lui avait

également signalé un autre cas semblable survenu dans le même régiment. Ici nous voyons que le paludisme est apparu tout à fait sur le flanc Est de la falaise de l'Ile de France et on peut même se demander si les malades en question ne l'avaient pas contracté dans la partie voisine des plaines de Champagne, nettement plus humides et plus propices au développement de la malaria.

En 1917, c'est dans la région de Noyon que MM. Raymond et Grysez, puis MM. Grysez et Pierret signalaient vingt-quatre cas de paludisme. Les quatre premiers étaient apparus dans les environs même de Noyon, quand aux vingt autres, ils s'étaient déclarés les uns dans la région de Coucy, sur les bords de l'Ailette, au Sud de la forêt de Saint-Gobain, les autres dans les environs de Saint-Quentin. Seuls les cas de Coucy appartiennent sans discussion possible à la région parisienne. Quant aux cas de Noyon, il est probable qu'ils avaient dû se déclarer en partie dans la plaine picarde voisine.

Toujours en 1917, M. Perrier signalait quatre cas sur le front de l'Aisne, mais nous n'avons pas pu recueillir plus de précision et nous ignorons s'ils appartenaient réellement à la région parisienne.

M. Chatenoud signalait, entre autre, dans sa thèse, en 1918, huit cas qui s'étaient déclarés en partie au Chemin des Dames, en partie dans les environs de Saint-Quentin. Les premiers appartiendraient à la région parisienne.

A peu près au même moment, M. Burdin signalait dans sa thèse avoir observé à l'hôpital d'Epernay huit cas dont il ne pouvait préciser l'origine.

Enfin, en 1918, on signalait, nous dit M. Dopter, quarante-deux cas survenus au camp Retortat, près de Sézanne, « formant un foyer « assez important dû à la proximité d'ouvriers originaires de Calabre » et de Sicile, indiscutablement porteurs d'hématozoaires ». Ici encore nous sommes dans la limite de la région parisienne.

Nous voyons donc que pendant la durée des hostilités, les cas de paludisme qui se sont déclarés sur le front français ont semblé fuir la région parisienne qui n'était, en effet, nullement propice à leur développement. Ceux que nous avons relevés étaient survenus à Cauroy, à Noyon, à Sézanne, à Beauvais également, tout à fait à la limite. Les seuls cas que l'on puisse retenir comme appartenant à notre région sont ceux de Coucy et, peut-être aussi ceux du Chemin des Dames. C'est qu'en effet, cette partie de la région parisienne que traversait la zone des armées est de beaucoup la moins favorable au développement de la malaria. Nous sommes là, sur les hauteurs de la Falaise de l'Ile de France, de la Montagne de Reims, de Craonne, de Laon, du massif de Saint-Gobain, sur les plateaux vallonnés du Sois-

sonnais et l'on sait que les anophèles ont toujours tendance à se cantonner comme le font d'ailleurs les eaux stagnantes dans les régions déclives. C'est pourquoi le paludisme apparaissait de préférence dans ces régions humides, périphériques ; dans les marais de Saint-Gond, dans la région de Berry-au-Bac, aux environs de Saint-Quentin, en dehors de la région parisienne.

Il est vrai que les cas officiellement rapportés n'ont pas été les seuls à éclore sur notre territoire. Beaucoup d'autres ont certainement été méconnus. En raison de l'allure toute spéciale que prenait le paludisme en France, son diagnostic était particulièrement difficile, aussi bien des cas devaient-ils passer inaperçus. M. Sainton le faisait remarquer à l'Académie de Médecine en décembre 1915 : « La plupart des « travaux médicaux publiés depuis le début des hostilités ont trait « à des infections à colibacilles à bacilles typhiques et paratyphiques, « aux dysenteries amibiennes, aux septicémies à tétragène ou à diplo- « coques indéterminés, la place faite au paludisme est insignifiante ; « il existe cependant ; je ne veux point parler du paludisme, rappel « d'accidents chez des coloniaux ou des indigènes, mais du paludisme « primaire survenu au cours de la campagne actuelle.

« Nombre d'affections gastro-intestinales, d'états fébriles mal définis ont embarrassé le clinicien qui se trouvait en leur présence. De là est né le terme de « fièvre des tranchées ». Les examens de laboratoire, hémoculture, séro agglutination, examen des selles, ne donnaient point de réaction précise. Il nous semble, d'après certaines observations, rares il est vrai, qu'une partie tout au moins de ces infections doit rentrer dans le cadre du paludisme. »

MM. Grisez et Pierret insistaient particulièrement sur cet aspect torpide du paludisme autochtone aux armées, à la réunion médico-chirurgicale de la 3^e Armée, en novembre 1917 :

« Les auteurs insistent, à la suite d'Abrami, sur la possibilité d'une courbe continue dans le paludisme primaire ; quelques-uns de ces malades, à cause de leur courbe thermique, avaient d'abord été considérés comme atteints d'une infection typhique ou paratyphique. Il y a donc lieu de penser que le nombre réel des cas autochtones est beaucoup plus élevé que le chiffre cité dans ce travail. » (*Presse Médicale*.)

M. Dopter lui-même, dans un article très documenté sur le paludisme autochtone (1921), indiquait que l'on avait observé, pendant la durée des hostilités, 298 cas autochtones et l'on peut voir, en étudiant son article, qu'il n'y en avait pas plus de cent qui pouvaient appartenir à l'année 1918. Or, un peu plus loin, faisant état d'une autre statistique, il disait que, dans cette même année 1918, ayant commencé à relever concurremment les cas autochtones et les cas impor-

tés, on avait trouvé 189 cas autochtones contre 2.664 cas d'importation. Nous voyons donc que les statistiques n'étaient pas toutes d'accord et qu'il y eut indiscutablement bien d'autres cas non relevés ou méconnus de paludisme autochtone dans la zone des armées. Cet article nous montre d'ailleurs que, si le nombre des cas autochtones était déjà considérable par rapport à la période d'avant-guerre, les cas importés étaient quatorze fois plus nombreux. Mais si l'on s'en tient aux seuls cas autochtones, on peut dire qu'ils furent, malgré tout, fort peu nombreux sur cette partie du front située entre Reims et Compiègne, qui traversait la région parisienne. D'ailleurs, la région parisienne n'avait été sérieusement occupée qu'à deux périodes : d'une part, au début des hostilités, en 1914, lorsque les Allemands étaient arrivés jusqu'à Meaux, et, à cette période, on n'avait pas encore les rapatriés macédoniens, et les troupes indigènes étaient peu nombreuses ; d'autre part, en 1918, lors de la dernière poussée allemande qui précéda de peu notre victorieuse contre-attaque et la libération définitive du territoire.

**

En résumé, pendant la guerre, le paludisme persistait encore à l'intérieur, et nous l'avons relevé sur les bords de la Seine et à Dreux ; mais il était à peu près inexistant par rapport au siècle précédent. Dans la zone des armées qui traversait la région parisienne, on vit quelques cas de paludisme autochtone, mais extrêmement peu nombreux par rapport au reste du front, il avait plutôt tendance à fuir cette région qui lui était hostile et c'est surtout du paludisme d'importation que l'on vit, de 1914 à 1918, à Paris et dans ses environs.

LE PALUDISME DANS LA REGION PARISIENNE DEPUIS 1918

Si nous avons, somme toute, noté fort peu de paludisme dans la région parisienne pendant la durée des hostilités, nous devons, après celles-ci, voir éclore, à Paris même, quelques cas autochtones, ce qui ne s'était pas produit depuis de nombreuses années. C'est qu'en effet, si les troupes indigènes étaient restées pendant toute la guerre assez loin de la capitale, une fois libérés les coloniaux avaient, pour la plupart, désiré visiter Paris et ses environs. C'est ainsi, qu'en 1919, MM. Neveu-Lemaire et Zamboulis signalaient un cas, en plein Paris. En 1920, MM. Cettinger et Deguignand signalaient un nouveau cas : il s'agissait d'un malade qui habitait le quartier de l'Ecole Militaire et qui avait été infecté par du *plasmodium falciparum*.

La même année, MM. Emile Weil et Plichet signalaient un cas qui devait se terminer par la mort. D'autres cas furent rapportés par MM. Marcel Labbé et J. Hutinel, par MM. Tixier et Bidot. Enfin, MM. Brulé, Etienne May et J. Lermoyez signalaient le cas d'un malade qui, il est vrai, s'était, pendant la guerre, trouvé en contact, dans la Somme et le Pas-de-Calais, avec des troupes marocaines et sénégalaises, mais qui n'avait présenté aucun accident avant son retour à Paris.

Sept cas ont donc été rapportés comme étant survenus dans la capitale en 1919 et 1920, mais nous ne trouvons plus mention de cas de paludisme autochtone dans les années suivantes. Les indigènes avaient regagné leur pays d'origine, ceux qui restaient étaient tout au moins peu nombreux et l'hygiène de la capitale n'était pas favorable au développement de la malaria. Les moustiques étaient certainement susceptibles de transmettre la maladie, mais si l'on trouvait des paludéens dans Paris, ceux-ci étaient presque tous traités, car l'attention était éveillée à ce moment sur les suites du paludisme de guerre ; les malades aigus ou subaigus qui arrivaient des colonies, et qui auraient pu être dangereux, étaient immédiatement hospitalisés. C'est pourquoi le paludisme devait disparaître, en moins de trois ans, après la cessation des hostilités, au moins en ce qui concerne les cas autoch-

tones. Les environs de Paris n'avaient pas été touchés, car, ils attiraient beaucoup moins nos coloniaux.

Mais si, en 1921, le paludisme autochtone était pratiquement supprimé de la région parisienne, les conditions de vie n'étaient plus du tout les mêmes qu'avant-guerre ; la rapidité des transports augmentait sans cesse, l'auto, qui avait fait son apparition vers 1910, était de plus en plus employée comme moyen de transport. On pouvait circuler de tous côtés et très rapidement. Les indigènes rentrés dans leur pays projetaient d'aller revoir la capitale à la première occasion. Ils en avaient décrit chez eux les merveilles et, le désir de connaître la Métropole était peut-être encore plus grand chez ceux qui n'y étaient jamais venus. Les transports par bateaux étaient, eux aussi, de plus en plus rapides et confortables. Le commerce qui avait été relativement gêné pendant la durée des hostilités allait reprendre avec une ampleur que l'on n'avait jamais connue jusqu'alors. C'était la période de vie facile d'après-guerre. L'avion lui-même allait être utilisé par les particuliers. Si New-York n'était plus qu'à quelques journées de Paris par bateau, de nombreux records de distance et de vitesse allaient être battus par les ailes françaises. Nous voyons aujourd'hui nos avions assurer un service régulier entre la France et l'Amérique du Sud et, il y a peu de temps, on reliait Londres à l'Australie en moins de trois jours. Les savants les plus autorisés nous affirmaient récemment que la fusée, utilisée pendant la guerre par les Allemands pour bombarder Paris, était susceptible de servir de moyen de transport à la vitesse de 30 kilomètres à la seconde ; il n'y aurait là qu'une question de capitaux à engager. Ainsi donc les barrières maritimes ont disparu. Les indigènes peuvent venir avec la plus grande facilité dans nos régions ; les Parisiens peuvent gagner pour affaires, ou simplement pour leur agrément, les colonies, y passer quelques jours et y contracter un paludisme qui ne se déclarera qu'à leur retour dans la capitale. C'est là une source de paludisme d'importation.

D'autre part, vers 1924, la technique de la transfusion était entrée tout à fait dans le domaine pratique ; les accidents n'étaient pour ainsi dire plus à redouter, et c'est à peu près vers cette même époque, que l'on allait commencer en France le traitement de la paralysie générale par l'impaludation. Les causes de contamination étaient multipliées. Pour bien comprendre les conditions actuelles de développement du paludisme, dans la région parisienne, il est indispensable d'étudier successivement les divers aspects sous lesquels il peut se présenter.

Nous passerons successivement en revue, le paludisme d'importation, le paludisme transfusionnel, la malarithérapie et les cas de contamination au voisinage des Asiles où les paralytiques généraux sont traités par l'impaludation, cas qui sont la conséquence directe de cette thérapeutique, puis le paludisme congénital et enfin le paludisme autochtone de la région parisienne.

Nous n'insisterons guère sur le paludisme d'importation, nous rappellerons seulement que nous l'avons trouvé pour la première fois signalé par Vacher dans son étude statistique sur la mortalité à Paris ; dans cet article il ne précisait d'ailleurs nullement qu'il fut question de paludisme d'origine coloniale et ces cas d'importation pouvaient fort bien provenir des nombreux foyers de paludisme qui existaient autour de la région parisienne.

Nous l'avons vu ensuite signalé par Léon Colin dans sa Topographie Médicale de Paris, en 1885. Cet auteur précisait que le développement de nos colonies était en cause dans la fréquence des cas d'importation qu'on pouvait alors constater.

Nous avons vu que, pendant la guerre, le nombre des cas importés avait été considérablement plus élevé que celui des cas autochtones. Il n'avait pas notablement diminué après les hostilités et, chaque année, nous disait récemment M. le professeur Le Bourdellès, le Val de Grâce reçoit des centaines de cas importés. Aussi, les médecins militaires ne prennent-ils plus la peine de les compter. Ces cas sont toutefois moins fréquents dans les hôpitaux civils et dans la clientèle de ville. Nous avons signalé dans notre introduction la clinique de M. Louis Ramond sur cette question et la conférence que M. le professeur Lemierre fit en 1933 sur le paludisme d'importation dans la région parisienne. M. Joltrain nous en citait récemment un cas et nous en avons nous-mêmes observé plusieurs, il y a quelques mois dans le service de notre Maître, M. le professeur Sergent. Nous insisterons seulement sur l'aspect très souvent atypique de ce paludisme d'importation et sur la difficulté de son diagnostic. Ou bien il s'agit d'un ancien colonial qui sait avoir été impaludé et qui a tendance à rapporter toutes les affections qu'il présente aux infections palustres ; le médecin doit alors accepter l'opinion de son malade avec la plus grande réserve et ne se prononcer que sur l'examen de sang. Ou bien, au contraire, il s'agit d'un Parisien qui vient de faire un récent voyage aux colonies et qui ne lui attribue pas toujours l'importance qu'il mérite dans la détermination des troubles dont il se plaint. C'est encore au médecin à songer à l'infection palustre devant des accès fébriles qui simulent une infection urinaire, une septicémie à méningocoques ou à streptocoques, parfois une maladie d'Osler ou même une tuberculose évolutive. Mais les hémocultures restent négati-

tives, l'évolution est parfois entrecoupée d'accès fébriles plus ou moins typiques et l'on doit, devant ces cas, rechercher l'hématozoaire et faire tous autres examens de laboratoire susceptibles de donner des renseignements.

On a beaucoup parlé, ces dernières années, du paludisme transfusionnel. En mars 1934, la Société Médicale des Hôpitaux avait consacré une de ses séances aux maladies transmises par transfusion, c'est-à-dire, avant tout, à la syphilis et au paludisme transfusionnels. L'on sait qu'en septembre 1935, s'ouvrira à Rome le premier Congrès International de la transfusion sanguine.

La transfusion sanguine aurait été pratiquée dès la plus haute antiquité et ces premières opérations tout à fait exceptionnelles d'ailleurs sont restées légendaires. Ce n'est, en réalité, qu'au dix-septième siècle qu'on trouve mention plus précise de la transfusion sanguine. Au dix-huitième siècle, il n'en fut plus du tout question, mais de 1830 à 1870, on relève plus de soixante-quinze cas de transfusion. Il est certain que les accidents devaient être assez fréquents puisque l'on ne connaissait pas alors la théorie des groupes sanguins. Ce n'est, en réalité, que depuis la guerre, et plus particulièrement depuis 1924, date où ces conditions furent bien précisées par M. Emile Weill que cette intervention est entrée dans le domaine de la pratique.

Quant au paludisme transfusionnel, si les premiers cas observés remontent à la période des hostilités, la possibilité de la transmission de la malaria par la voie sanguine, avait été mise en évidence dès 1885 par les travaux de Grassi et Feletti. Vincente en parle dans son traité du paludisme à Paris : « L'inoculation intra-veineuse du paludisme d'homme à homme — nous dit-il — à l'aide du sang contenant des hématozoaires a été pratiqué plusieurs fois avec succès par les médecins italiens et donne lieu aux manifestations cliniques de la malaria après une période d'incubation dont la durée minima est de six à sept jours. L'observation clinique avait déjà indiqué ce délai. »

En 1918, M. Joltrain observait un cas de paludisme transfusionnel qui, bien que communiqué à l'époque, ne fut jamais publié, et M. Romer, dans sa thèse sur le paludisme transfusionnel en 1932 n'en faisait pas mention. Ce cas étant le premier qui ait été bien observé, nous le rapporterons intégralement.

« Nous avons eu l'occasion », dit M. Joltrain, « d'observer un cas très intéressant de transmission du paludisme à l'hôpital de Pontarlier en juin 1918.

« Un permissionnaire avait été hospitalisé pour une angine à l'hôpital de Pontarlier et était convalescent.

« Ayant besoin de pratiquer une transfusion de sang à un malade atteint d'anémie grave, nous prenons comme donneur ce jeune soldat qui n'avait jamais été malade et qui appartenait au groupe 4 et dont la réaction de Wassermann s'était montrée négative.

« La transfusion du sang a lieu le 26 juin et réussit admirablement.

« C'est le 22 juillet que le transfusé qui avait déjà eu huit jours auparavant une petite élévation de température à laquelle on n'avait pas pris garde, est pris d'un violent accès de fièvre ayant toutes les apparences du paludisme primaire.

« L'examen du sang montre, en effet, des hématozoaires et comme il s'agissait d'un cas autochtone, nous avons fait une enquête. Le donneur revenait de Salonique mais n'avait pas présenté pendant son séjour là-bas de paludisme, ce qui lui avait permis de bonne foi de nous affirmer qu'il n'avait jamais été malade.

« Il s'est rappelé cependant avoir eu une petite indisposition à Marseille en débarquant et un léger accès de fièvre, insignifiant, auquel il n'avait pas pris garde, quinze jours après son retour à la campagne, dans son foyer (Ain).

« Il s'agissait sans nul doute, d'un paludisme fruste et notre malade avait bien ainsi été impaludé.

« Il s'agissait d'un cas de paludisme autochtone transfusionnel. »

Si, dans ce cas, l'incubation était d'environ trois semaines, elle est, ordinairement, beaucoup plus courte, dépassant rarement une huitaine de jours.

En 1919, S. A. Gubb en rapportait un autre cas, c'était, cette fois, une transmission de paludisme du receveur au donneur. En 1927, le professeur Nocht, de Hambourg, en observait un troisième cas qui fut rapporté par M. Marchoux à la Société de pathologie exotique, le 13 février 1929.

Le 8 mai 1929, M. Netter rapportait à la même société un cas de paludisme transmis du transfusé au donneur.

Le 30 octobre 1930, M. Philippe Decourt rapportait un nouveau cas de transmission du paludisme à un donneur.

En juillet 1931, M. Jankelson relatait un autre cas de : « transfusion paludique par transmission sanguine » (*Journal of the American Medical association*.)

MM. Nobécourt et Liège rapportaient deux cas de paludisme transfusionnel observés chez l'enfant à l'hôpital des Enfants Malades en mars 1932.

Nous avons signalé plus haut que notre maître, M. le Professeur Harvier en avait rapporté un autre cas à la Société Médicale des Hôpi-

taux, le 9 mars 1934, cas qu'il avait observé en 1931. Nous voyons donc que depuis la pratique des transfusions de sang on a observé nettement neuf cas de paludisme transfusionnel dont trois (cas de MM. Gubb, Netter et Philippe Decourt) s'étaient transmis du receveur au donneur.

Bien que relativement peu fréquent par rapport au nombre des transfusions qui sont pratiquées, alors que l'Assistance publique de Paris a même créé un service spécial, il est indispensable de prendre toutes précautions pour éviter l'apparition de semblables accidents particulièrement fréquents à Paris et toujours possibles. On doit choisir avec soin ses donneurs et éliminer notamment tous ceux qui ont pu séjourner à un moment quelconque aux colonies puisque dans le cas de M. Philippe Decourt, il s'agissait d'une récidive de paludisme à neuf ans de distance. Il est bon également de pratiquer systématiquement chez tous les donneurs professionnels une réaction de Henri, ou tous examens susceptibles d'apporter des renseignements à ce sujet.

Nous n'insisterons pas sur la malariathérapie, nous rappellerons seulement que c'est Wagner Jaureg qui fit les premières tentatives de traitement de la paralysie générale par l'impaludation, en 1917. En France, c'est seulement vers 1925 que l'on commença à la pratiquer sur une certaine échelle. Il est paru à ce sujet de multiples communications et la littérature médicale de ces dernières années est extrêmement abondante en ce qui concerne la technique et les indications de la malariathérapie ainsi que ses accidents. Nous rappellerons que cette méthode thérapeutique a été appliquée non seulement à la paralysie générale, mais au tabès ; elle a été essayée pour diverses psychoses, pour la sclérose en plaques, pour la tuberculose même, ainsi que dans les leucémies et dans la lèpre. Les essais de malariathérapie préventive dans la paralysie générale n'ont donné aucun résultat satisfaisant. Ce n'est guère en réalité que pour cette dernière maladie que l'on utilise quotidiennement l'impaludation et, nous devons dire que ces résultats sont, le plus souvent, heureux, dans les formes jeunes et que l'on doit toujours tenter cette thérapeutique chez les paralytiques généraux au début. Cependant sa technique est quelque peu délicate, elle nécessite des examens de sang répétés et c'est une des raisons pour lesquelles on ne la pratique guère que dans des centres spécialisés.

L'emploi courant du traitement de la paralysie générale par l'impaludation a amené dans la région parisienne un certain nombre d'impaludés, impaludés qui étaient évidemment surveillés mais qui étaient toutefois susceptibles de transmettre la maladie.

On avait tout d'abord considéré que le paludisme d'inoculation

était une forme relativement atténué et qu'il n'était pas transmissible, mais en octobre 1929, M. P. Chevalier publiait à la Société Médicale des Hôpitaux : « Un cas de paludisme spontané survenu dans un ser-
« vice où l'on pratique l'impaludation thérapeutique ». Dès lors, les discussions s'élevèrent et on songea à limiter cette méthode thérapeutique à des centres spécialisés. Un vœu fut émis à ce sujet par l'Académie de Médecine et ce fut là une des origines de la création des centres de malariathérapie. Cependant, le 15 mai 1934, M. Marchand pouvait rapporter à l'Académie de Médecine un nouveau cas de paludisme autochtone survenu dans les environs de Paris, au voisinage de Maison-Blanche.

Nous voyons donc que l'usage de la malariathérapie demande quelques précautions ; il faut, notamment, isoler soigneusement les malades ainsi traités, et ne les laisser sortir des services que lorsqu'ils ne peuvent plus être contagieux. Ici encore, des examens répétés sont nécessaires, car, s'il y a là une cause nouvelle de propagation du paludisme dans la région parisienne, il semble facile d'appliquer des mesures rigoureuses pour éviter tous cas de contamination.

Le paludisme congénital est, par contre, une forme de transmission connue depuis longtemps. Il en est question dans Laveran et les auteurs italiens auraient fait des recherches à ce sujet. M. Vincente écrivait en 1901 : « Topi a constaté la transmission de l'hématozoaire
« par la voie placentaire et l'hérédité de la malaria... On a des observations authentiques de nouveaux-nés paludéens dont les mères
« étaient atteintes de fièvre intermittente. Le paludisme est congénital
« en pareil cas. »

Laffont écrivait en 1910 sa thèse sur « le paludisme héréditaire et
« le paludisme congénital ». En 1913, MM. Tissier et Brumpt publiaient un nouveau cas de paludisme congénital. M. Léger en publiait un autre à la Société de Pathologie exotique, le 11 décembre 1918, cas qui avait été contrôlé hématologiquement. En 1926, M. Maglioli écrivait encore une thèse sur le paludisme congénital et depuis cette date, quelques cas ont encore été rapportés, notamment celui de M. Raguin en décembre 1926 (*Revue de Médecine et d'Hygiène tropicale*), celui de M. Chorine (*Société de Pathologie exotique*, 9 novembre 1932) et celui de M. Lièvre (*Société de Pathologie exotique*, 14 février 1934). Ces cas de paludisme congénital sont d'ailleurs bien connus aux colonies (Van den Branden : *La Malaria congénitale au Congo belge*, Société de Pathologie exotique, 6 avril 1927 ; Laffont et Fulconis : *Paludisme à la Maternité d'Alger*, II^e Congrès International du Paludisme).

Plus intéressants sont les cas de paludisme congénital survenu chez les enfants dont les mères étaient soumises à la malariathérapie.

En mars 1931, M. Pouffary, dans une communication à la Société

México-Psychologie considérait qu'il était préférable d'attendre l'accouchement pour commencer le traitement. Le 5 juin 1931, H. Shadow publiait dans « *Munchener medizinische Wochenschrift* » un article sur « l'impaludation artificielle, source de paludisme congénital », dans lequel il rapportait un cas survenu chez un nourrisson dont la mère était en traitement par la malariathérapie. Il considérait dans cet article qu'il y avait peut-être intérêt à ne pas traiter par l'impaludation les femmes enceintes. Mais, MM. Leroy et Medakovitch qui avaient déjà fait une communication à la Société Médico-Psychologique sur ce sujet le 15 janvier 1931, insistaient à nouveau sur la question le 14 janvier 1932, à la même assemblée. Ils rapportaient plusieurs cas de femmes enceintes soumises à la malariathérapie qui avaient accouché normalement et dont les enfants étaient en parfaite santé. Ils considéraient donc que la malariathérapie pouvait être appliquée sans grand danger et même avec avantage chez les femmes enceintes.

Sans vouloir préjuger de la nature de la fièvre bilieuse hémoglobinurique, nous rappellerons que, dans la région parisienne, deux cas en ont été rapportés, ces dernières années par M. le Professeur Lemierre.

Nous avons vu que, depuis quelque temps, la facilité des transports et l'augmentation considérable des cas d'importation, la transfusion sanguine et la malariathérapie étaient, dans la région parisienne, de nouvelles sources de contamination paludéenne. Trouvons-nous encore actuellement des cas autochtones.

M. Joltrain nous a communiqué à ce sujet un cas qu'il avait observé pendant l'été 1928, à Vincennes.

« Un jeune menuisier », dit-il, « présente des crises de paludisme grave pour lesquelles on avait pensé à de l'endocardite infectieuse.

« L'absence de signes cardiaques, l'hémoculture négative, la présence d'une grosse rate et la découverte d'hématozoaires dans le sang permettaient un diagnostic de certitude.

« Il y avait à cette époque un grand nombre de moustiques, mais il n'y avait pas d'autre cas de paludisme signalé dans la localité. « La seule pathogénie rationnelle était que le jeune homme qui n'avait jamais quitté Vincennes, avait été contaminé par un frère venu directement des Colonies et qui avait été atteint de Malaria. »

D'autre part, à la même époque, M. Fougerat, médecin à Bonneuil, signalait dans un rapport au Conseil municipal de cette ville, l'existence de trois cas autochtones, survenus dans la localité, cas qui lui avaient paru cliniquement tout à fait incontestables et dont l'un d'eux avait notamment été contrôlé par la recherche et la découverte de

l'hématozoaire dans le sang. Nous avons pu nous mettre en relations avec M. Fougerat qui nous a annoncé que, depuis cette époque, il avait observé 4 nouveaux cas ; nous voyons donc qu'il existe, à treize kilomètres de Notre-Dame, au confluent de la Seine et de la Marne, une zone extrêmement humide où le paludisme est susceptible de persister à l'état endémique. On nous a également signalé, mais d'une manière trop vague pour que nous ayons pu le contrôler, l'existence du paludisme à Draveil.

*
**

Ainsi, les causes de paludisme se sont multipliées depuis quelques années dans la région parisienne et la plus importante est, sans contredit la facilité des voyages, et la présence presque continuelle de coloniaux plus ou moins contagieux. Les moustiques existent à Paris et dans les environs et nous trouvons encore des régions marécageuses tout à fait propices à leur pullulation. Il est donc nécessaire de prendre toutes précautions pour mettre fin à cet état de choses et faire disparaître les cas de paludisme autochtone, si rares soient-ils. Quelques précautions doivent être prises également pour éviter la transmission du paludisme au voisinage des asiles où l'on pratique la malariathérapie, ainsi que sa propagation par voie intraveineuse. Enfin, c'est le traitement général du paludisme, en France et dans les colonies, qui permettra de faire disparaître les cas d'importation.

CONCLUSIONS

Bien que nous n'ayons pu recueillir que peu de faits indiscutables à ce sujet, le paludisme semble avoir exercé de nombreux ravages dans la région parisienne avant la fin du XIX^e siècle. Il était en tous cas habituel chaque année aux mois d'août, de septembre et d'octobre.

Au XIX^e siècle, il y a eu des épidémies meurtrières de paludisme aux environs de Paris. A Paris même, on doit citer les épidémies de 1811 et de 1840, mais l'endémie palustre s'est révélée chaque fois que l'on faisait des travaux dans la capitale.

A la suite de la découverte de Laveran, le paludisme a très rapidement décliné et, vers 1884, il était presque passé dans le domaine historique.

Nous voyons toutefois encore le paludisme autochtone en Beauce, en 1914 et 1915. La guerre n'a causé l'apparition que d'un très petit nombre de cas autochtones dans la zone des armées, entre Reims et Compiègne; le paludisme avait plutôt tendance à fuir cette partie du front.

C'est après la guerre que l'on vit éclore quelques cas de paludisme autochtone à Paris, à l'occasion du passage des coloniaux dans la capitale.

Actuellement, on observe encore quelques cas de paludisme autochtone dans la région parisienne, notamment dans les régions de Bon-neuil et de Vincennes.

Etant donné la facilité des voyages et la présence continuelle d'anciens paludéens susceptibles de transmettre la maladie, il est nécessaire de prendre toutes mesures utiles pour faire disparaître ces foyers. On doit également prendre toutes précautions pour éviter les cas de paludisme transfusionnel où les cas de contagion au voisinage des centres de malariathérapie. C'est le traitement du paludisme exotique qui, seul, amènera la disparition des cas d'importation.

Vu : *Le Doyen*,
ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse*,
SERGENT

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

PRINCIPAUX TRAVAUX PARUS AVANT LE XIX^e SIÈCLE

PLAUTE. — Fragm. Frivol.

LUCILIUS. — Fragm. Satyr.

CELSE.

CAESAR. — De Bello Gallico. (VII. — 57, 58.)

AULU-GELLE. — (N^o A. LXX.C.I.)

APULÉE. — Apolog. C. 1.

GRÉGOIRE DE TOURS. — (Livre VI, ch. 25.)

MORTON.

HÉRÉDIA. — De Febr. Pernic. Tome I.

MERCATUS.

AURIVILLE. — Dissert. de febr. intermitt. malign.

1558. — SÉBASTIEN COLIN. — Traité des fièvres.

Registres statistiques fondés par COLBERT.

1615. — PÉTRUS DE BEURAINS. — Topographie Médicale de Paris.

1659. — ANTOINE DE CAEN. — Topographie Médicale de Paris.

1660. — GUY PATIN. — Lettres.

LA BRUYÈRE. — Caractères.

FÉNELON. — Lettres.

MADAME DE SÉVIGNÉ. — Lettres.

SAINT-SIMON. — Lettre anonyme au Roi, 1712.

1672. — MORAND. — Histoire de l'Académie Royale des Sciences pour 1671.

1691. — DE BESANÇON. — Nouveau traité des fièvres.

1712. — TORTI. — Therapeutic specialis ad febres periodicas perniciosas...

1718. — LANCISI (J.-M.). — De noxiis paludum effluviis...

1742. — CHIRAC. — Traité des fièvres malignes, pestilentielles et autres.
1759. — SENAC. — De recondita febrium intermittantium...
1766. — VAN SWIETEN. — Traité des fièvres intermittentes.
1783. — Description des épidémies qui ont régné depuis quelques années dans la généralité de Paris, avec la Topographie des Paroisses qui en ont été affligées précédée d'une instruction sur la manière de prévenir et de traiter ces maladies dans les campagnes, publiée par ordre de M. l'Intendant de Paris, à l'Imprimerie Royale.
1786. — Histoire de la Société Royale de Médecine (Paris, 1790).
MENURET DE CHAMBAUD. — Topographie Médicale de Paris.
1788. — DURAND. — Mémoire sur les fièvres intermittentes.
1790. — CAILLE. — Mémoire sur les fièvres intermittentes en 1780 et 1781.
1792-93. — AUDIN ROUVIÈRE. — Topographie Médicale de Paris.
DE DIEUNE. — Histoire du dessèchement des lacs et des marais en France avant 1789.

PRINCIPAUX TRAVAUX PARUS DE 1800 A 1880

1801. — ALIBERT. — Dissertation sur les fièvres pernicieuses.
1804. — ALIBERT. — Traité des fièvres pernicieuses.
1809. — NACQUART. — Topographie médicale de Paris (Société de Médecine de Paris 30-10-1809; *Journal de Médecine* 1810, XXXVIII—71.)
1810. — J. MANRY. — Considérations générales et Fièvres intermittentes à Paris (Hôpital Saint-Louis).
1811. — *Journal des Débats*.
812. — P.-C. PONTAULT. — Thèse, Paris, n° 61 : Sur les fièvres intermittentes.
1812. — J.-B. MICHEL. — Thèse, Paris, n° 88 : Des fièvres intermittentes.
1812. — LEGIER. — Thèse, Paris, n° 139 : Sur les fièvres intermittentes.
1812. — BENOIT. — Thèse, Paris, n° 3 : Sur les fièvres intermittentes.
1813. — ARLIN. — Thèse, Paris, n° 119 : Dissertation sur les fièvres intermittentes.
1815. — EVRARD. — Thèse, Paris, n° 295 : Coup d'œil sur les fièvres intermittentes.
1815. — LEPETIT. — Thèse, Paris, n° 18 : Des fièvres intermittentes.
1815. — ZANDYCK. — Thèse, Paris, n° 26 : Des fièvres intermittentes.
1822. — C. LACHAISE. — Topographie Médicale de Paris.

1824. — MONTEFALCON. — Histoire des marais et des maladies causées par leurs émanations...
1825. — BAILLY. — Traité des fièvres intermittentes.
1828. — BARD. — Mémoire sur les fièvres intermittentes observées à Paris en 1827. (*Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie*, p. 293-341.)
1831. — J.-A.-J. CAMPAIGNE. — Sur l'épidémie qui a régné à Paris en 1831.
1833. — Rapport général de l'Académie de Médecine sur les épidémies en France de 1771 à 1830.
1835. — J.-A.-F. OZANAM. — Histoire médicale des maladies épidémiques qui ont régné en Europe depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. (Lyon, 4 vol., t. II, p. 42-101.)
1835. — NEPPLE. — Traité des fièvres intermittentes.
1835. — BONNET. — Traité des fièvres intermittentes.
1837. — LITTRÉ. — Dictionnaire de Médecine en 30 vol. Intermittentes (fièvres).
1840. — BRICHETEAU. — Rapport sur les épidémies qui ont régné en France en 1839 et 1840. (Mémoire Académie de Médecine, t. IX, p. 45, p. 52-53.)
1841. — JAUMES. — Histoire des fièvres intermittentes. (*Journal des Sciences médicales pratiques*, Montpellier, 1841, IV, p. 23-35.)
1842. — BOUDIN. — Traité des fièvres intermittentes.
1842. — BAYARD HENRI. — Topographie Médicale du IV^e arrondissement.
1844. — BAYARD HENRI. — Topographie médicale des X^e, XI^e, XII^e arron-
1844. — BRUN. — Thèse, Paris, n° 160 : Des fièvres intermittentes. dissemments.
1844. — E.-P. PONTHAULT. — Thèse, Paris, n° 159 : Des fièvres intermit-
1845. — LAVEILLE. — Académie de Médecine, 19 septembre.
1845. — ARSONNEAU. — Des fièvres intermittentes. Thèse, Paris, n° 38.
1845. — DABOS. — Thèse, Paris, n° 147 : Des fièvres intermittentes.
1845. — MESLIER. — Thèse, Paris, n° 123 : Des fièvres intermittentes.
1845. — TREMOULET. — Thèse, Paris, n° 45 : Des fièvres intermittentes.
1845. — CORDIER. — Les fièvres intermittentes des pays tempérés. (*Journal des connoissances de médecine et de chirurgie*, Paris, 6.XIII, p. 1-138.)
1846. — E. GAUTHIER et CLAUDE. — Rapport de l'Académie de Médecine sur les épidémies. Mémoires, t. XIV, p. 116.
1846. — GIRARD. — Thèse, Paris, n° 145 : Des fièvres intermittentes.
1846. — F. GUYON. — Thèse, Paris, n° 102 : Des fièvres intermittentes.
1846. — BRUNGÉ. — Thèse, Paris, n° 188 : Des fièvres intermittentes.

1847. — BOUILLAUD. — Académie de Médecine, 12 janvier 1847.
1848. — CORDIER. — Les fièvres intermittentes des pays tempérés. (*Journal des connaissances de médecine et de chirurgie*, XV, t. I, p. 78.)
1851. — BARTH. — Rapport de l'Académie de Médecine sur les épidémies : t. CXLIII et CXLIV des Mémoires.
1852. — MEDING HENRI. — Topographie Médicale de Paris.
1855. — BARTH. — Rapport sur les épidémies. Mém. Académie de Médecine, t. XXI, CIII, CCXLVI.
1858. — C.-A. DESFOSSES. — Du miasme paludéen.
1858. — BURDEL. — Recherches sur les fièvres paludéennes.
1860. — BARRAL. — Drainage, irrigations engrais, t. I, p. 109.
1860. — ROBERT DE LATOUR. — Paludisme à Paris. (Union Médicale.)
1862. — DURAND DE LUNEL. — Traité des fièvres intermittentes.
1865. — BERENGUER. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 2^e éd., 1865, tome III.
1865. — L. VACHER. — Etude médicale et statistique sur la mortalité à Paris.
1865. — WORMS. — Mémoires de Médecine, de chirurgie et de Pharmacie militaires : juillet 1865.
1865. — LAVERAN. — Relation d'une petite épidémie de fièvre remittente bilieuse à Lourcines en juillet 1865. (*Gaz. hebdomadaire de médecine*, Paris, 1865, 2, II, p. 578-584. — *Rev. de méd. milit.*, Paris, 1866, 35, XVI, p. 18-38.)
1866. — L. VACHER. — Etude médicale de statistique sur la mortalité à Paris.
1866. — DE LATOUR. — La fièvre pernicieuse est-elle rare à Paris ? (Union médicale, Paris, 1866, 25, XXIX, p. 452-500-551.)
1867. — DUBOUÉ. — Traité de l'impaludisme, p. 105.
1868. — TROUSSEAU. — Cliniques médicales t. III, p. 420.
1868. — DUBOUÉ. — De l'impaludisme. (*France Médicale*, XV, p. 10.)
1870. — L. COLIN. — Traité des fièvres intermittentes.
1871. — JACCOUD. — Traité de pathologie interne, t. II, p. 590.
1872. — DELPECH. — Rapport de l'Académie de Médecine sur les épidémies. Mémoires, t. XXXI, p. XCIII,
1873. — WOILLEZ. — Rapport de l'Académie de Médecine sur les épidémies t. XXXI, p. CCX des Mém.
1874. — HIRTZ. — Intermittentes (Fièvres). Dictionnaire de Jaccoud.
1874. — BRIQUET. — Rapport de l'Académie de Médecine sur les épidémies p. V.
1875. — BRIQUET. — Rapport de l'Académie de Médecine sur les épidémies p. CXC.
1879. — COLIN. — Traité des maladies épidémiques p. 126.

PRINCIPAUX TRAVAUX PARUS DE 1880 A 1914

1881. — LÉON COLLIN. — Rapport de l'Académie de Médecine sur les épidémies.
1882. — MAILLOT. — Sur l'Histoire des fièvres intermittentes. (*Gazette des Hôpitaux*, 2 vol., 802 et 833.)
- BUCQUOY. — Rapport général sur les épidémies de 1882.
1883. — MAGNIATIS. — La fièvre intermittente à Paris (Thèse).
1884. — LAVERAN. — Traité des fièvres palustres.
- SIREDEY. — Rapport de l'Académie de Médecine sur les épidémies de 1884.
1885. — L. COLIN. — Paris, sa Topographie son hygiène, ses maladies.
1889. — L. COLIN. — (Fièvres) Intermittentes. (Dict. encyclopédique des séances médicales.)
1889. — KELSCH et KIENER. — Traité des maladies des pays chauds.
1890. — E. PERIER. — Note sur la fièvre intermittente chez les enfants, à Paris.
1891. — A. LAVERAN. — Du paludisme.
1893. — Rapport de l'Académie de Médecine sur les épidémies.
1894. — DIEULAFOY. — Manuel de Pathologie interne (7^e édition).
1894. — KELSCH. — Traité des maladies épidémiques.
1894. — DIVERNERESSE. — Précautions prises en 1892 pour le curage du grand canal de Versailles et celui du lac de Saint-Mandé. (*Sté de Méd. Publ.*, 24 janv. et 28 févr. 1894 et *Rev. d'Hyg.*, 1894, p. 118 et 238.)
1896. — DUBERGÉ. — Le paludisme.
1897. — LAVERAN. — Paludisme (in Traité de Méd. et de Thérapeutique).
1898. — LAVERAN. — Traité du Paludisme.
- FERNET. — Rapport de l'Académie de Médecine sur les épidémies.
1899. — E. MOSNY. — Un cas de paludisme d'origine parisienne. (*Sté Méd. des Hôpitaux*, 3 s., XVI, 759 à 767.)
- 1899-1901. — MANUEL VINCENTE. — Le Paludisme à Paris.
1901. — LE DANTEC. — Prophylaxie du Paludisme.
1902. — ED. et ET. SERGENT. — Observations sur les anophèles de la région de Paris. (*Annales de l'Institut Pasteur*, p. 140.)
1903. — LAVERAN. — Prophylaxie du Paludisme.
1905. — CRESPIN. — Précis du Paludisme.
1910. — GRALL et CLARAC. — Paludisme (in Grall et Marchoux).

PRINCIPAUX TRAVAUX PARUS DE 1914 A 1918

1915. — SAINTON. — Les formes légères et méconnues du paludisme (Ac. de Médecine, 7 déc. 1915.)
1915. — RIST et ROLLAND. — Un cas de paludisme autochtone. (Réunion médicale de la VI^e Armée, 1^{er} sept. 1915. — in *Presse Médicale*, n° 51, p. 422.)
1916. — VINCENT. — Prophylaxie du Paludisme. (*Presse Médicale*, 10 avril 1916 p. 177.)
1916. — E. ROUBAUD. — Présentation d'un anopheles *maculipennis* capturé à Paris. (*Bull. de Soc. Path.*, 12 avril 1916.)
1916. — G. ETIENNE. — Sur la réviviscence d'anciens foyers paludiques en France. (*Progrès Médical*, 5 octobre, p. 183.)
1916. — ROUSSEAU. — Réviviscence d'un foyer de paludisme en Beauce. (Académie de Médecine, 7 novembre.)
1916. — JEANSELME. — Un cas de paludisme autochtone. (*Bulletin Soc. de Path. Exot.*, 8 novembre.)
1917. — ROUBAUD. — Cas de paludisme autochtone contracté dans l'Aisne. (*Bulletin Soc. de Path. Exotique*, mars 1917, n° 3, p. 17.)
1917. — LAVERAN. — Sur le traitement du paludisme à propos des fièvres de Salonique. (*B. S. P. E.*, 1917, p. 208.)
1917. — RAYMOND et GRYSEZ. — Paludisme autochtone. (Réunion médicale de la III^e Armée, 9 avril 1917. — *Presse Médicale*, 10 septembre 1917.)
1917. — BLANCHARD. — Le danger du Paludisme et de la Fièvre jaune en France, moyen de l'éviter. (Académie de Médecine 22 mai 1917.)
1917. — NETTER. — Sur le danger du Paludisme en France. (Ac. de Méd., 29 mai 1917.)
1917. — WURTZ. — Paludisme de Macédoine (*Monde Médical*, juillet 1917.)
1917. — BLANCHARD. — Août 1917. (*Bull. Acad. Méd.*)
1917. — ABRAMI, SEVESTRE et SENEVET. — Les variations saisonnières des formes parasitaires du Paludisme. (Réunion méd. de l'Armée d'Orient, août 1917.)
1917. — RAVAUT. — Réunion médicale XV^e région, 27 août 1917. (*Presse Médicale*, 8 octobre 1917, p. 586.)
1917. — ROUBAUD. — Les anophèles français des régions non palustres sont-ils aptes à la transmission du paludisme ? (Communication à l'Académie des Sciences, 17 septembre 1917, p. 401.)
1917. — PRINGAULT. — Réunion médicale XV^e région, 27 août 1917. (*Presse Médicale*, 8 octobre 1917, p. 586.)
1917. — GRYSEZ et PIERRET. — Paludisme autochtone, 24 cas nouveaux dont un falciparum. (Réunion médico-chirurgicale de la III^e Armée, 8 novembre 1917 — *Presse Médicale*, 22 avril 1918, p. 267.)

1917. — RAYMOND. — Paludisme autochtone. (Sté Méd. des Hôp. de Paris, 23 novembre 1917.)
1917. — BERNARD. — Deux cas de paludisme autochtone. (*Progrès Médical*, 8 décembre 1917, p. 429.)
1917. — PERRIER. — Paludisme autochtone. (*Journal des Praticiens*, 1917, p. 672.)
- 1917-1918. — CHATENAUD. — L'importation du paludisme macédonien en France du fait de la guerre. (Thèse de Paris, 1918.)
- 1917-18. — G. SENEVET. — Contribution à l'étude de la pathogénie des accès palustres. (Thèse, Alger 1917-18.)
- 1917-18. — BURDIN. — Paludisme autochtone depuis la guerre. (Thèse, Lyon, 1917-18.)
1918. — ROUBAUD. — Disparition du pouvoir infectant chez l'anophèle paludéen au cours de l'hibernation. (Ac. des Sciences, 11 février 1918.)
1918. — S. ROSENTHAL et S. BLOCH. — Paludisme autochtone, Aortite subaiguë paludéenne. (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 15 février 1918, p. 166.)
1918. — RAVAUT. — Comment peut se développer en France un foyer de paludisme autochtone. (*Paris Médical*, 28 mars 1918.)
1918. — PETIN. — Le paludisme contracté par les civils au contact des militaires. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, avril 1918, p. 584.)
1918. — RIEUX. — Le paludisme autochtone. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, avril 1918, p. 559-569.)
1918. — LÉGER, MOURIQUAND et DE KERDREL. — Manifestations du paludisme en France depuis la guerre. (*Progrès Médical*, Paris, 6 avril 1918, p. 117-120.)
1918. — E. ROUBAUD. — Recherches sur la transmission du paludisme par les anophèles français des régions non palustres (Yonne et région parisienne). (*Ann. Inst. Past.*, septembre 1918, p. 430-462.)
1918. — LÉGER et MOURIQUAUD. — Anophèles et anciens foyers paludiques dans les Alpes. (CR Académie des Sciences, 23 septembre 1918, CLX, VII, p. 461.)
1918. — LANGERON. — Présence d'anophèles nigrig. (Stæger, 1839) dans la région parisienne. (*Bulletin de la Soc. de Path. exotique*, n° 8, p. 728.)

PRINCIPAUX TRAVAUX PARUS DEPUIS 1918

- 1919-20. — PORRY. — L'index du paludisme en France et dans les Colonies françaises. (Thèse, Paris.)
1920. — E. SEGUY. — Les moustiques en France. (*Bulletin du Muséum d'Histoire naturelle*, Paris.)
1920. — HORN. — Paludisme (Histoire du). (Thèse, Paris, 1920.)

1921. — DOPTER. — Paludisme autochtone en France. (*Annales d'Hyg. Pub.*, mars 1921.)
1922. — HAUDUROY. — Atlas de Parasitologie.
- LANGERON. — Sur l'anophélisme et le paludisme en France. (*Bull. Soc. Path. exotique*, p. 30.)
1923. — DELAMARE. — Aperçu historique sur le paludisme. (*Revue pratique des maladies des pays chauds* Paris, 1923, II, 3-14.)
1924. — VERDUN et MANDOUL. — Précis de Parasitologie.
1924. — GENÈVE. — Paludisme : Prophylaxie internationale.
1925. — ROME. — 1^{er} Congrès du Paludisme. (Octobre 1925.)
1925. — S. D. N. GENÈVE. — Rapport d'une tournée d'investigation en certaines contrées d'Europe en 1924. (Commission du Paludisme de la Section d'Hygiène de la S.D.N., Genève, 1925.)
1925. — RIEUX et VINCENT. — Maladies parasitaires. (Roger Vidal et Teissier fasc. V, T. I.)
1925. — MUNERA. — Le paludisme en France. Les causes de sa disparition. (Thèse d'Alger, 1925.)
1925. — GALLAIS. — Le paludisme en France autrefois et aujourd'hui. (Thèse, Paris, 1925.)
1925. — BRUMPT. — (Académie de Médecine, 21 juillet 1925.)
1925. — FRANÇOIS DAINVILLE et G. GALLAIS. — Sur un cas de paludisme local différenciation avec le paludisme autochtone. (*Revue de Médecine et d'Hygiène tropicale*, p. 13-15.)
1925. — MARCHOUX. — Paludisme (Paris, Baillière.)
1926. — ENRIQUEZ. — Maladies infectieuses et parasitaires.
1926. — RAVAUT. — Syphilis, paludisme, amibiase. (Notes de Thérapeutique pratique.)
1926. — SPIRE et LÉGER. — Guide de Thérapeutique coloniale.
1927. — S.D.N. — Paludisme : prophylaxie Europe.
1927. — JOYEUX. — Précis de Médecine coloniale.
1928. — SERGENT. — XIV ; Infections parasitaires.
1928. — BRUMPT. — Précis de Parasitologie.
1929. — LE DANTEC. — Précis de Pathologie exotique.
1929. — SERGENT et PARROT. — La découverte de Laveran.
1929. — ROSS et BROQUET. — La découverte de la transmission du paludisme.
1930. — GUIART. — Précis de Parasitologie.
1930. — P. ADIDA. — Le Paludisme (Etude clinique, diagnostique et thérapeutique). (*Revue générale Gazette des Hôpitaux*, 1930, p. 475.)

1930. — ALGER. — II^e Congrès international du Paludisme (19-21 mai).
1930. — J. RIEUX. — La guérison du paludisme (II^e Congrès international du Paludisme, Alger, 4^e section).
1930. — M. LÉGER. — La déterminisme de la guérison des paludéens. (*Soc. de Pathologie exotique*, 7 octobre 1930.)
1931. — BLANCHARD et TOULLEC. — Les grands syndrômes en pathologie exotique.
1931. — BRAU. — Trois siècles de médecine coloniale française.
1931. — L. TANON. — Le Paludisme en France. (*La Vie Médicale*, 25 avr. 1931.)
1931. — EXPOSITION COLONIALE. — Journées médicales coloniales.
1931. — MARCHOUX. — Acquisition nouvelle dans la lutte contre le paludisme. (Acad. de Médecine, 13 octobre 1931.)
1932. — RIEUX. — Paludisme et pseudo-paludisme.
1932. — TANON, BERTRAND, CAILLOU. — Séquelles tropicales (in Nutrition.)
1932. — ED. et ET. SERGENT. — L'armée d'Orient délivrée du paludisme.
1932. — NOTES PRATIQUES D'ACTUALITÉS MÉDICALES. — Du paludisme autochtone et de son traitement (Août 1932).
1932. — SOULEYRE. — Le Paludisme larvé. (*Revue générale : Gazette des Hôpitaux*, p. 1373 et 1405.)
1933. — II^e Congrès international d'Hygiène méditerranéenne.
1933. — ED. et ET. SERGENT et CATANEI. — Maisons à paludisme. (Académie des Sciences 23 décembre 1933.)
1933. — BRUMPT et NEVEU LEMAIRE. — Travaux pratiques de parasitologie.
1934. — BLANCHARD. — Précis d'épidémiologie médecine préventive d'hygiène tropicale.
1934. — LÉGER. — Des indications à tirer de l'anophélisme sans paludisme. (*Presse Médicale*, p. 1027.)
1934. — LACAN. — La prophylaxie actuelle du paludisme. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 mars 1934.)
1934. — SAUTET. — Les traitements modernes du paludisme et leur importance dans l'assainissement des régions palustres. (*Presse Médicale*, 26 septembre 1934, p. 1500.)
1935. — LE DANTU. — Hygiène, épidémiologie et pathologie coloniales.

PALUDISME D'IMPORTATION

1932. — LOUIS RAMOND. — Le paludisme en France. (Cliniques Médicales, IX.)
1933. — LEMIERRE. — Sur quelques cas de paludisme primaire observés à Paris. (*Pratique médicale française*, décembre 1934 : A.)

PALUDISME TRANSFUSIONNEL

1919. — S. GUBB. — Transfusion du paludisme au donneur. (*Bulletin Société de Pathologie exotique*.)
1929. — L. NETTER. — Un cas de paludisme accidentel. Transfusion, transmission du paludisme du receveur au donneur. (*Société de Pathologie exotique*, 8 mai 1929.)
1930. — G. ROSENTHAL. — Nouveau cas de transmission du paludisme à un donneur, limitation de l'emploi des techniques d'intercommunication. (*Société de Médecine de Paris*, 12 décembre 1930.)
1930. — PH. DECOURT. — Récidive de paludisme à 9 ans de distance. (*Société de Médecine et d'Hygiène tropicale*, 30 octobre 1930.)
1931. — PH. DECOURT. — Récidive de paludisme à 9 ans de distance. Transfusion du sang, transmission du paludisme au donneur. Danger de la transfusion aux colonies. (*Revue de méd. et d'hyg. tropicale*.)
1931. — JANKELSON. — Transmission paludique par transfusion sanguine. (*Journal of the American Medical Association*, Chicago, n° 3, p. 171. — 18 juillet 1931.)
1932. — H. ROMER. — Paludisme et transfusion. (Thèse, Paris, 1932.)
1932. — P. NOBÉCOURT, T. LIÈGE, GRODNITSKY et COMMINOS. — Transfusion du sang et paludisme. (*Société de Pédiatrie*, 12 juillet 1932.)
1932. — NOBÉCOURT et LIÈGE. — Transfusion sanguine et paludisme chez l'enfant. (*Revue Coloniale de Médecine et de Chirurgie*, 19 mars 1932.)
1933. — ROMER. — Paludisme et transfusion sanguine. (Concours médical, 22 octobre 1933, n° 43, p. 2970.)
1934. — TZANCK. — Paludisme après transfusion. (*Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 9 mai 1934.)
1934. — HARVIER. — Paludisme après transfusion et discussion (*Société Médicale des Hôpitaux* 9 mars 1934.)

MALARIATHERAPIE

1927. — H. SCHAEFFER. — Le traitement du Tabès par le paludisme expérimental. (*Presse médicale* 2 juillet 1927.)
1927. — WATHMAN. — Malariathérapie et groupe sanguin. (Berlin, *Klinische Wochenschrift* 1927, n° 41.)
1927. — Henri CLAUDE et René TARGOWLA. — Sur la malariathérapie de la paralysie générale (ind. et contre ind.). (*Société de Neurologie*, 13 février 1927.)
1927. — A. SOUQUES. — Un cas de mort au cours de la malariathérapie chez un P. G. (*Société de Neurologie*, 7 avril 1927.)
1927. — O. FISCHER. — La malariathérapie de la syphilis. (Leipzig, *Dermat.*

- tologische Wochenschrift, t. LXXXIV n° 19, 7 mai 1927.)
1927. — GOUGEROT. — Inefficacité de la malaria préventive de la paralysie générale; efficacité de la malaria sur la P. G. confirmée. (Société de Dermatologie de Paris, 10 novembre 1927.)
1927. — CLAUDE et TARGOWLA. — Présentation de nouveaux cas traités par la malariathérapie. (Société de Psychiatrie de Paris, 22 décembre 1927.)
1928. — S. ROSNER. — P. G. et malariathérapie. (Etude statistique, Thèse, Paris.)
- 1925-1928. — Joseph GERSTMANN. — Le traitement de la paralysie générale par la malaria provoquée.
1928. — DUJARDIN TARGOWLA, etc... — La thérapeutique de la P. G. (XXXII^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française, III^e, rapport de thérapeutique. Anvers, 23-28 juillet 1928, III.)
1928. — MOUZON. — De quelques essais de malariathérapie précoce dans les méningites syphilitiques. (*Presse Médicale* 18 janvier 1928.)
1929. — FRIBOURG-BLANC. — Le traitement de la paralysie générale et du tabès, par la malaria provoquée.
1929. — WAGNER JAUREG. — Quelques remarques sur la malariathérapie. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 3 juin 1929.)
1929. — LEROY et MEDAKOVITCH. — Indications et contre-indications de la malariathérapie chez les P. G. (Société Clinique de Médecine mentale, 15 avril 1929.)
1929. — CLAUDE. — Sur la création des centres de malariathérapie (Académie de Médecine, 23 avril et 7 mai 1929.)
1929. — J. LÉPIN, BOURRAT, CHRISTY, LARRIVÉ. — Indications et contre-indications de la malariathérapie chez les P. G. (Société des Hôpitaux de Lyon 21 mai 1929.)
1929. — CHEVALIER et MEYER. — La malariathérapie des syphilis nerveuses. (IV^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, 25-27 juillet 1929.)
1929. — LÉPINE. — Sur la création des centres de malariathérapie. (Académie de Médecine, 29 octobre 1929.)
1930. — A. MARIE. — A propos de la malariathérapie. (Société de Médecine de Paris 11 juillet 1930.)
1930. — SPEIERER. — Rapport entre la catégorie du groupe sanguin et l'inoculation malarique. (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 8 août 1930, n° 32, p. 1357.)
1930. — PUNTIGAM. — Contribution à l'évolution fébrile des malarisés pour syphilis nerveuse. (*Medizinische Klinik*, Berlin, Prague, Vienne, XXVI, n° 33, 15 août 1930.)
1930. — LEROY et MEDAKOVITCH. — Paralysie générale et malariathérapie.
1930. — Z. COHIN. — Traitement de la P. G. par l'impaludation répétée. (Thèse, Paris, 1930.)
1931. — WAGNER JAUREG. — Le traitement de la paralysie générale par les

- infections. (Münchener Medizinische Wochenschrift, t. 78, n° 1, 2 janvier 1931.)
1931. — R. LEES. — Traitement de la paralysie générale par la malariathérapie. (British Medical Journal, n° 3685, 22 août 1931, p. 336.)
1931. — WAGNER JAUREG. — Malariathérapie de la paralysie progressive. (Wiener Medizinische Wochenschrift, Vienne, 22 août 1931, n° 34, p. 1115.)
1931. — A. BRAUNSTEIN. — P. G. Pyrethothérapie réglée associée au traitement arsenical. (Thèse, Paris, 1931.)
1932. — AUBRY. — La malariathérapie. (Revue médicale de l'Est, Nancy, 1^{er} décembre 1932, n° 23, p. 865.)
1932. — H. JOURNÉ. — Malariathérapie et paludisme. (Thèse, Paris 1932.)
1932. — WAGNER-JAUREG. — Le dosage dans la malariathérapie. (Wiener Klinische Wochenschrift, Vienne, 15 janvier 1932, n° 3, p. 65.)
1933. — TARGOWLA. — Comment faut-il conduire une malariathérapie ? (Société de Thérapeutique, 5 avril 1933.)
1933. — P. O'LEARY et A. WELSCH. — Le traitement de la neuro-syphilis par la malaria : Observations à propos de 984 cas traités au cours de neuf dernières années. (The Journal of the American Medical Association, Chicago, t. CI, n° 7, 12 août 1933.)
1933. — CLAUDE et MASQUIN. — Le devenir des paralysies générales malariées. Expérience de neuf ans de malariathérapie. (Presse Médicale, 13 décembre 1933, n° 99, p. 2005.)
1934. — ANDRÉ. — Malariathérapie et actions nouvelles sur le paludisme. (Gazette des Hôpitaux, 11 avril 1934, n° 29, p. 513.)
1934. — MARIE, SOUGAS, DOPTER, BRUMPT, CLAUDE, MARCHOU. — Rapport sur les centres malariathérapie. (Académie de médecine, 26 juin 1934.)
1934. — André HUGUENIN. — Le paludisme d'inoculation. Etude clinique et expérimentale. (Thèse, Alger, 1934.)
1934. — GUIRAUD et AJURRIGUERRA. — Considérations critiques sur l'action de la malaria dans la paralysie générale. (Paris Médical, 22 septembre 1934, n° 38, p. 222.)

PALUDISME CONTRACTÉ AU VOISINAGE DE CENTRES DE MALARIATHÉRAPIE

1929. — P. CHEVALIER. — Un cas de paludisme spontané survenu dans un service où l'on pratique l'impaludation thérapeutique. (Société Médicale des Hôpitaux, 11 octobre 1929.)
1933. — WICHELS et MAAS. — La transmission par les anophèles du paludisme inoculé. (Klinische Wochenschrift, Leipzig, t. XII, n° 19, 13 mai 1933.)
1933. — WAGNER-JAUREG. — Jusqu'à quel point y a-t-il danger pour l'entou-

- rage de la malariathérapie ? (Wiener Klinische Wochenschrift, Vienne, 9 juin 1933, n° 23, p. 705.)
1933. — RUGE. — Sur la transmisibilité des anophèles de la malaria inoculée. (Klinische Wochenschrift, 15 juillet 1933, n° 28, p. 1101, Berlin.)
1933. — FORSTER. — Sur la transmissibilité par les anophèles de la malaria inoculée. (Klinische Wochenschrift, Berlin, 5 août 1933, n° 31, p. 1223.)
1934. — MARCHOUX. — Un cas de paludisme autochtone au voisinage de Maison Blanche. (Académie de Médecine 15 mai 1934.)
1934. — G. DEMAY. — Faut-il interdire aux asiles ruraux d'hospitaliser les paralytiques généraux impaludés ? (Société Médico-Psychologique, 25 juin 1934.)

PALUDISME CONGÉNITAL

1910. — LAFFONT. — Paludisme héréditaire et paludisme congénital. (Thèse, Paris.)
1913. — TISSIER et BRUMPT. — A propos d'un cas de paludisme congénital. (Archives d'Obstétrique et de Gynécologie.)
1918. — Marcel LÉGER. — Un cas d'infection sanguine du fœtus par plasmodium vivax. (B. S. P. E., 11 décembre 1918, p. 841.)
1926. — MAGLIOLI. — Paludisme congénital. (Thèse, Paris.)
1926. — RAGAIN. — Un cas de paludisme type malaria chez un nourrisson de deux mois. (Revue de Médecine et d'Hygiène tropicale, XVIII, 45.)
1927. — F. VAN DEN BRANDEN. — Recherches sur la malaria congénitale faites au Congo Belge. (Société de Pathologie Exotique, 6 avril 1927.)
1930. — LAFFONT et FULCONIS. — Le paludisme congénital à la maternité d'Alger. (II^e Congrès International de Paludisme, 4^e section, Alger, 19-21 mai 1930.)
1931. — LEROY, MEDAKOVITCH et P. MESKIN. — Traitement malarique de la paralysie générale chez une femme enceinte. (Société Médico-Psychologique 15 janvier 1931.)
1931. — POUFFARY. — Grossesse et malariathérapie. (Société Médico-Psychologique, 12 mars 1931.)
1931. — H. SCHADOW. — L'impaludation artificielle source de paludisme congénital. (Munchener Medizinische Wochenschrift, t. LXXVII, n° 23, 5 juin 1931, p. 947.)
1932. — LEROY et MEDAKOVITCH. — Paralytique générale gravide traitée par la malaria. (Société Médico-Psychologique, 4 juin 1932.)
1932. — V. CHORINE. — Un cas de paludisme congénital. (Société de Pathologie exotique, 9 novembre 1932.)

1933. — Robert CLÉMENT. — Le paludisme et l'enfant. (*La Presse Médicale*, 19 avril 1933, n° 31, p. 633.)

1934. — H. LIÈVRE. — A propos d'un cas de paludisme congénital à *plasmodium vivax*. (*Société de Pathologie exotique*, 14 février 1934.)

PALUDISME AUTOCHTONE

1935. — FOUGERAT. — (*Le Médecin de Famille*, n° 1, janv., fév., mars 1935.)

1935. — J. NOIR. — Le danger des moustiques. Un marais à assainir dans la région parisienne. (*Concours médical* 1935, n° 17, 28 avril, p. 1241.)

TABLE DES MATIERES

	Pages
<i>Introduction</i>	15
<i>La Région parisienne.</i>	
— Considérations Générales. Nécessité de limiter le sujet	19
— Limites de la région parisienne	20
— Les diverses parties de la région parisienne dans leurs rapports avec le paludisme	20
— La Beauce — le Vexin français — la Brie — le Gâtinais — le Hurepoix et les environs immédiats de Paris.	
— Les anophèles dans la région parisienne	23
— Conclusion	24
<i>Histoire du Paludisme</i>	25
— Le paludisme chez les Anciens et au Moyen Age. — Le Quinquina et le traitement du paludisme. — Le sulfate de quinine. — Maillot. — Le thermomètre. — Laveran. — Rôle des anophèles.	
— Division du sujet	26
<i>Le Paludisme dans la Région Parisienne jusqu'à la fin du XVIII^e siècle.</i>	
— Considérations générales	27
— Le paludisme dans ses relations avec l'Histoire de France	27
— Sous la domination romaine. — Lors des invasions barbares. — Sous les Mérovingiens. — A l'occasion des invasions arabes. — Sous les Carolingiens. — Sous les Capétiens (Les Croisades). — Sous les Valois (Guerre de Cent Ans). — Au xvi ^e siècle. — Au xvii ^e siècle.	
— Etat sanitaire des campagnes	34
— Sous les Frondes. — Sous Louis XIV. — A la fin du xviii ^e siècle.	
— Les grandes causes d'importation de paludisme	36
— Les invasions arabes. — Les croisades. — Les grandes découvertes.	
— Les grands travaux effectués dans la région parisienne dans leurs rapports avec le paludisme	36
— A l'époque romaine. — Au Moyen Age. — Sous Louis XIV (Versailles, l'Aqueduc de Maintenon).	
— Précisions sur l'évolution du paludisme	37
— Autrefois. — Sous Louis XIV. — A la fin du xviii ^e siècle.	
— Conclusion	39
<i>Le Paludisme dans la Région Parisienne de 1800 à 1880.</i>	
— Considérations générales. — Les grands traits de l'histoire du xix ^e siècle	41
— Hygiène. — Prophylaxie du paludisme au xix ^e siècle	41
— Le Paludisme dans les campagnes	43
— Les principales épidémies : Pithiviers (1802). — Morée (1839). — Montereau (1851).	

— Ce ne sont pas là les seules épidémies	49
— Insuffisance des renseignements	50
— Le paludisme endémique	51
— Répartition géographique du paludisme	52
— Le paludisme à Paris et dans le département de la Seine	52
— Conditions prédisposantes. — Les travaux d'assainissement	52
— Les deux grandes épidémies de 1811 et de 1840	53
— Les autres circonstances d'apparition du paludisme	54
— Le paludisme dans le département de la Seine	58
— Influence de la conquête de l'Algérie	58
— Conclusion	59
<i>Le Paludisme dans la Région Parisienne de 1880 à 1914.</i>	
— Les découvertes de Laveran, de Golgi et de Ross	60
— Les nouvelles conditions de vie	61
— Le paludisme dans les campagnes. — Sa décroissance	61
— Décroissance du paludisme à Paris	63
— Conclusion	64
<i>Le Paludisme dans la Région Parisienne de 1914 à 1918.</i>	
— Le paludisme immédiatement avant la guerre	65
— Le paludisme pendant la guerre	66
— Paludisme autochtone	66
— A l'intérieur (En Beauce — A Dreux)	66
— Aux armées	66
— Nouvelle source de contagion. — Les cas connus. — Le paludisme fuit la zone des armées. — Nombreux cas méconnus.	
— Paludisme importé	70
— Conclusion	70
<i>Le Paludisme dans la Région Parisienne depuis 1918.</i>	
— Les années d'après-guerre	71
— Les nouvelles conditions de vie	72
— Apparition de nouvelles causes de contamination	72
— Les formes actuelles du paludisme	73
— Paludisme d'importation (Sa fréquence — Difficulté du diagnostic.)	73
— Paludisme transfusionnel	74
— La malariathérapie	76
— Contamination au voisinage des centres de malaria-thérapie	76
— Paludisme congénital	77
— La fièvre bilieuse hémoglobinurique	78
— Le paludisme autochtone (Foyers actuels. — Nécessité d'agir)	78
— Conclusion	79
<i>Conclusions générales</i>	80
<i>Bibliographie</i>	81

